

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1899-1900. — N° 54

ÉTUDE CLINIQUE
DE
L'ABCÈS DE FIXATION
Dans les Septicémies puerpérales

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 22 Décembre 1899.

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

TACHCO-GEORGES TRIFON

Ancien externe des Hôpitaux

Né à Molouvichti (Monastir) Turquie, le 8 avril 1872



LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE & C^{ie}

Ancienne Maison A. WALTENER

14, rue Bellecordière, 14

—
1899

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1899-1900. — N° 54

ÉTUDE CLINIQUE

DE

L'ABCÈS DE FIXATION

Dans les Septicémies puerpérales

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 22 Décembre 1899

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

TACHCO-GEORGES TRIFON

Ancien externe des Hôpitaux

Né à Molouvichti (Monastir) Turquie, le 8 avril 1872



LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE & C^{ie}

Ancienne Maison A. WALTENER

14, rue Bellecordière, 14

1899

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET DOYEN.
LACASSAGNE. ASSESSUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVEAU, BERNE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	}	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales		BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.		OLLIER.
Clinique ophtalmologique		PONCET.
Clinique des Maladies cutanées et syphilitiques.		FOCHIER.
Clinique des Maladies mentales		GAYET.
Physique médicale.		GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique		PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie.		MONOYER.
Matière médicale et Botanique		HUGOUNENQ.
Zoologie et Anatomie comparée		CAZENEUVE.
Anatomie		FLORENCE.
Anatomie générale et Histologie.		LORTET.
Physiologie		TESTUT.
Pathologie interne.		RENAUT.
Pathologie externe.		MORAT.
Pathologie et Thérapeutique générales.		TEISSIER.
Anatomie pathologique.		AUGAGNEUR.
Médecine opératoire.		MAYET.
Médecine expérimentale et comparée		TRIPPIER.
Médecine légale		POLLOSSON (M.).
Hygiène		ARLOING.
Thérapeutique		LACASSAGNE.
Pharmacie.		BAR.
		SOULIER.
		CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes M. LAROYENNE

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants	MM. WEILL,	agrégé
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.	LANNOIS.	—
Accouchements.	POLLOSSON. (A.)	—
Propédeutique médicale	ROQUE,	—
Propédeutique chirurgicale.	GANGOLPHE,	—
Botanique.	BEAUVISAGE,	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BEAUVISAGE.	COURMONT.	VALLAS.	PAVIOT.
ROUX.	DEVIC.	SIRAUD.	NOVÉ-JOSSERAND.
POLLOSSON (A.)	COLLET.	DURAND.	BERARD.
ROCHET.	BOYER.	DOYON.	SAMBUC.
ROLLET.	BARRAL.	PIC	BORDIER.
CONDAMIN.	MOREAU.		

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. FOCHIER, Président ; M. LAROYENNE, Assesseur ;
MM. POLLOSSON (A), et CONDAMIN, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE

AVANT-PROPOS

Arrivé, maintenant, au terme de notre scolarité, mais non pas de nos études médicales, c'est pour nous un devoir agréable et doux à remplir que de jeter nos regards en arrière pour faire la somme de toutes les dettes de reconnaissance que nous avons contractées durant notre séjour en France.

Et d'abord envers ce beau pays, dont nous avons pu apprécier la généreuse hospitalité et qui nous a permis de vivre de sa vie.

Le premier nom que nous devons insérer en tête de ce modeste travail, est celui de M. le professeur Fochier, à qui revient la paternité du sujet que nous étudions. Pendant que nous étions élève externe à sa clinique, il s'est montré pour nous d'une sollicitude paternelle. Nous avons pu goûter pendant plusieurs mois le charme de ses cliniques, et apprécier le prix de son enseignement ; nous sommes fier de nous dire l'élève d'un tel maître. M. le professeur Fochier nous donne encore une nouvelle preuve de bienveillance.

en nous faisant l'insigne honneur d'accepter la présidence de notre thèse.

Que M. le docteur Josserand, médecin des hôpitaux, reçoive nos sincères et affectueux remerciements pour la sympathie qu'il n'a cessé de nous témoigner en toutes circonstances. Durant les six mois que nous avons passés dans son service, nous avons pu juger sa grande bienveillance, qui n'a d'égale que son dévouement pour ses élèves.

Nos maîtres des hôpitaux et de la Faculté, et plus particulièrement MM. Pollosson et Jaboulay, dans le service desquels nous avons eu l'honneur d'être externe ; MM. Bondet, Lépine, Laroyenne, Arloing, Bard, Cordier, A. Pollosson, Condamin, Siraud et Durand, voudront bien croire qu'en les remerciant de leurs savantes leçons, nous ne nous conformons pas seulement à une ancienne et sage tradition, mais que nous remplissons le plus agréable des devoirs.

Nous ne saurions oublier MM. Commandeur et Fabre, chefs de la clinique obstétricale, qui nous ont témoigné le plus bienveillant intérêt.

MM. Gallois, Duplant et Thévenot ont guidé nos premiers pas dans les hôpitaux, nous leur en exprimons notre vive reconnaissance.

Nos remerciements iront encore à M. J. Cortiguera (de Santander), qui nous a donné de nombreuses observations,

Enfin, qu'il nous soit permis d'adresser l'assurance de notre inaltérable souvenir à tous nos amis.

Notre travail comprend six chapitres :

Dans le premier, nous faisons l'historique du sujet ;
L'indication et la contre-indication occupent le second chapitre.

Dans le troisième, nous étudions la technique de la méthode.

Les observations des malades, atteintes de septiciémies puerpérales, traitées par la provocation de l'abcès de fixation occupent le quatrième chapitre.

Les effets cliniques et le mode d'action sont successivement étudiés dans le cinquième et le sixième chapitre.

CHAPITRE PREMIER

Historique

En 1873, M. le professeur Fochier, à ce moment chirurgien-major à l'hôpital de la Croix-Rousse, eut un cas d'érysipèle très grave consécutif à une fistule anale; la maladie était arrivée à sa période d'acmé, une issue fatale était imminente; mais grande fut sa surprise lorsque inopinément on constata une amélioration franche du malade coïncidant avec la formation d'un vaste phlegmon de jambe. En peu de jours, le malade fut guéri.

Deux ans après, en 1875, à Nice, il soignait par des injections sous-cutanées de sulfate de quinine, une femme atteinte d'infection puerpérale grave. Au niveau des piqûres se formèrent accidentellement d'énormes abcès et, à partir de ce moment, la malade alla mieux et guérit rapidement.

Analysant l'évolution d'un nombre considérable de cas analogues, et spécialement ceux de l'infection puerpérale, M. le professeur Fochier remarqua

que les infections généralisées à tendance pyogène sont plus bénignes, guérissent mieux si elles se localisent, si elles forment un phlegmon du ligament large, un abcès du sein, une mono-arthrite même, ou mieux si elles provoquent une suppuration dans le tissu cellulaire sous-cutané.

A côté de ces cas, il eut à en observer certains chez lesquels non seulement des inflammations viscérales après s'être révélées par des signes indubitables rétro-cèdent rapidement, sans qu'il y ait amélioration de l'état général, et d'autres où l'on voit des phlegmons diffus sous-cutanés affecter la même mobilité sous l'œil et même sous le bistouri de l'opérateur. La tendance à la localisation s'est manifestée tout d'abord mais cette localisation avorte plusieurs fois avant d'aboutir, ou plus souvent dans cette forme, la mort arrive avant la suppuration. Un dénouement fatal arrive parfois avant toute fluxion et l'on ne constate que les symptômes généraux d'absorption des substances infectieuses et des phénomènes d'intoxication aiguë. Ce sont des cas rares se rattachant aux précédents par des transitions insensibles.

Nous avons donc deux types bien nets : le premier où la localisation coïncide avec une amélioration; cette localisation donne à l'affection son caractère, produisant les plus graves désordres lorsqu'elle affecte un organe important, le cerveau par exemple ; bénigne et salutaire, au contraire, dès qu'elle est accessible au traitement rationnel. Le second où le clinicien impuissant se voit désarmé, et où la mobilité des fluxions est d'un fâcheux pronostic.

C'est en comparant, au point de vue du pronostic, ces deux types cliniques que M. le Pr Fochier eut l'idée d'imiter ce que la nature fait souvent dans ces cas, de provoquer la suppuration lorsqu'elle ne se fait pas, de la produire au point voulu pour éviter qu'elle n'affecte un organe essentiel, et de la rendre, en même temps, accessible à l'homme de l'art.

De plus, il fut poussé dans cette voie par les travaux et l'idée de Cohnheim, sur la diapédèse et aussi par l'apparition de la théorie du chimio-taxisme, théorie qui ne veut pas que le fait de voir les leucocytes se diriger vers les microbes ou vers les substances pyogènes, soit dû à un effet du système nerveux, mais à une sensibilité cellulaire spéciale. En outre, ses nombreuses observations cliniques, lui montrant que l'apparition du phénomène secondaire (abcès ou phlegmon) est accompagnée de la diminution et de la disparition même du premier (affection généralisée), c'est-à-dire que celui-là a exercé un rôle actif et salutaire sur celui-ci, engagèrent de plus en plus notre maître à essayer de provoquer, lui-même, ces abcès. Il lui a fallu néanmoins du courage pour remonter le courant, en allant créer dans un but curateur cet abcès qui, hier encore, était considéré comme une complication fâcheuse. L'absence du danger était certaine pour lui, par suite de nombreux abcès qu'il avait vu provoquer par les injections sous-cutanées de sulfate de quinine. C'est donc en toute sécurité qu'il commença à chercher la provocation de ces abcès, et comme il pensait que cet abcès agit en attirant à lui, en fixant les éléments

nocifs du sang, les globules blancs dégénérés, il le nomma *abcès de fixation*.

Il se servit d'abord d'une solution de sulfate de quinine intentionnellement acidifiée au-delà des limites nécessaires à la solution complète. Il se servit de cette substance pour faire accepter les injections et aussi parce que l'observation lui avait démontré l'innocuité de ces injections.

Mais, le pus de ces abcès était, le plus souvent, séreux, en petite quantité, la réaction locale n'était pas intense, elle arrivait tardivement.

Il s'adressa au nitrate d'argent au 1/10 ou au 1/5, solutions que Luton, de Reims, utilisait dans le traitement des névralgies rebelles. Ce dernier injectait de quelques gouttes à quelques grammes de cette solution dans le voisinage du nerf et sur le point douloureux. C'est ce que Luton appelait la médication substitutive. Mais ces injections présentèrent les mêmes inconvénients que celles de sulfate de quinine. La suppuration s'établissait lentement, l'abcès était très circonscrit même après l'injection de plusieurs grammes à la fois. Quoique peu satisfait de cet agent il l'employait toutes les fois que le besoin s'en faisait sentir.

De son côté Thierry, de Rouen, depuis 1888, essayait sans succès l'acide phénique, le sublimé et l'oxyde jaune de mercure.

L'incertitude de l'action des solutions argentiques, avait décidé M. le professeur Fochier, à employer ou plutôt à étudier l'action des cultures microbiennes

pour arriver à pouvoir les appliquer en toute conscience.

Mais après l'injection des cultures atténuées du staphylocoque blanc, les animaux restaient longtemps malades ; leur convalescence était très longue.

Les recherches des microbiologues, de Barry, Grawitz, Rosembach, Chrismas, Strauss, etc , sur la possibilité de provoquer des abcès aseptiques, au moyen d'irritants purement chimiques firent connaître un agent pyogène aseptique d'une efficacité variable, suivant l'espèce animale sur laquelle on expérimentait, mais qui pouvait être essayé sur l'homme sans crainte de provoquer autre chose qu'un phlegmon.

Cet agent c'était l'essence de térébenthine.

Il expérimenta cet agent pour la première fois en janvier 1891, mais ce n'est qu'au mois de juillet de la même année seulement que le premier et pour la première fois M. le professeur Fochier communiqua un mémoire, à la Société des Sciences Médicales de Lyon, sur une nouvelle méthode de traitement « des infections pyogènes généralisées ».

« Je viens conseiller et indiquer, disait notre savant maître, au début de son travail, le moyen de provoquer artificiellement la formation d'abcès dans les états infectieux où l'on peut voir se produire spontanément des suppurations et où ces suppurations traitées chirurgicalement peuvent guérir en contribuant parfois d'une façon manifeste à la guérison de l'état infectieux ». Puis donnant à sa pensée une forme plus précise, il ajoutait que « non seulement les maladies

où l'on peut voir se produire à la fois plusieurs abcès dans les différents organes ou dans les différentes régions du corps étaient justifiées de sa méthode, mais encore certaines maladies où on ne voit habituellement aucune tendance à la suppuration, mais qui peuvent devenir dans certaines circonstances des affections pyogènes généralisées, telles que la grippe la fièvre typhoïde, la pneumonie » Ses observations ne portaient que sur sept cas très graves de fièvre puerpérale.

Vivement intéressé par cette communication, M. le professeur Lépine appliqua la méthode dans un cas de pneumonie en voie de suppuration. Au 12^e jour, l'état du malade était désespéré, aucune résolution possible n'était à prévoir. On fait à chaque membre une piqûre de 1 gramme d'essence de térébenthine : en trois semaines le malade est guéri. M. le professeur Lépine, fait suivre cette observation des mots : « Je suis convaincu que, dans ce cas, la formation d'abcès a sauvé le malade, mais je n'ose encore compter que ce sera la règle ».

Depuis lors, le mouvement est donné. De divers côtés on essaye la méthode. Elle vient à l'ordre du jour de 3 séances de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris. Dieulafoy cite une guérison par le même procédé. Gingeot rapporte 4 cas de pneumonies « très graves », traitées d'une façon identique avec succès; Rendu, de l'hôpital Necker, annonce un autre succès. Chantemesse et Marie apportent 8 cas d'insuccès et se déclarent contre le nouveau traitement. Laveran est d'avis que les injections de

térébenthine sont d'une utilité incontestable dans la pneumonie des vieillards.

Netter publie 2 succès, tandis que Rendu dit avoir eu 3 insuccès, Siredey publie un succès.

M. le professeur Fochier fait deux nouvelles communications, l'une à la Société obstétricale de France, tenue à Paris les 21, 22 et 23 avril, l'autre à l'Académie de médecine, le 26 avril de cette même année. Salmon et Thierry, de Rouen, apportent de nouveaux succès.

En province, vers la même époque, M. le professeur Bard communique à la Société des Sciences médicales de Lyon, un cas grave de pneumonie traité et guéri par les injections térébenthinées. « Pour ma part, dit M. Bard j'ai observé, dans le cours de l'épidémie de pneumonie, si grave cet hiver, plusieurs cas de résolutions retardées, qui se sont terminés par la mort dans des conditions en apparence tout à fait identiques, et le fait que je publie aujourd'hui me laisse le regret de n'avoir pas tenté à cette époque le même moyen ». Raoul (de Sergine) publie un cas de pneumonie dans la *Revue de Thérapeutique*, du 11 mai 1892, suivi de la réflexion suivante : « Les injections ont été faites à un moment où la situation paraissait devoir amener un résultat fatal, et le lendemain il y avait une grande amélioration qui a persisté jusqu'à la guérison ».

Le professeur Olivier, de Rouen, publie un cas dans la *Normandie Médicale* : il s'agissait d'une pneumonie très grave au 8^e jour, délire depuis trois

jours. Les infections térébenthinés amenèrent une guérison rapide.

Franc (de Sarlat) publie, dans le *Journal de Médecine de Bordeaux*, juillet 1892, un cas très grave de pneumonie chez une femme âgée de 72 ans. Au 8^e jour de la maladie, on provoqua des abcès de fixation. La guérison ne s'est pas fait attendre.

Le D^r Lardier cite un cas intéressant dans le *Bulletin Médical des Vosges*. Son malade était arrivé au 9^e jour d'une pneumonie, lorsque se produisirent des symptômes d'hépatite et de méningite. Une injection de térébenthine produit un abcès en même temps que la cessation de tous les symptômes alarmants. Mais, quelques jours après, l'affection reprit le dessus et emporta le malade. L'auteur aurait voulu créer de nouveaux abcès de fixation qui, dit-il, auraient peut-être sauvé le malade, mais il se serait heurté à un refus formel de la famille.

Mossé, de Toulouse, publie, dans le *Midi Médical*, trois cas, dont deux insuccès et un succès.

Spillmann, de Nancy, publie, dans la *Revue Médicale de l'Est*, 1892, des observations peu encourageantes.

Le D^r Grenelle, dans le *Bulletin Médical des Vosges* (octobre 1892), publie une observation de pneumonie, guérie par deux injections de térébenthine. Enfin, en 1896, Branthomme, dans la *Revue de Médecine*, publie trois succès de pneumonie.

Les thèses inspirées par ce sujet, apparaissent : En 1893, le D^r Bermann publia, à Paris, sa thèse : « Traitement de la pneumonie par les injections

sous-cutanées d'essence de térébentine », dans laquelle il conclut à l'efficacité des abcès artificiels.

Guillaumont publie, la même année, à Nancy, sa thèse de doctorat, dans laquelle il cite 30 pneumonies amenées, par ce procédé, à la guérison. Il ajoute d'après ses recherches : « Peu importe le liquide injecté ; il est essentiel que la nature en soit assez irritante pour provoquer rapidement la suppuration locale ».

La méthode fit bientôt son chemin à l'étranger.

En Suisse, l'abcès de fixation a, de suite, été adopté à la clinique médicale de Genève. La plume du professeur Revilliod et de son école, nous fournit de très nombreuses et de très intéressantes observations.

Dans la *Revue Médicale de la Suisse Romande* de 1892, Revilliod publie 3 cas de pneumonie traités par les injections sous-cutanées d'essence de térébenthine. Il est d'avis que ces 3 malades ont réellement échappé à l'hépatisation grise, grâce à la formation de volumineuses collections purulentes provoquées par les injections térébenthinées.

Plus tard et à plusieurs reprises, il publie, dans la même revue, le succès qu'il a obtenu dans des cas de pseudo-rhumatismes infectieux et de fièvres typhoïdes ataxo-adiynamiques accompagnées de méningisme. Deux ans après, (en 1894), son élève, le Dr Dutrembley publie, dix cas de pneumonie, un de fièvre typhoïde et deux de rhumatismes infectieux amenés à la guérison par l'abcès de fixation. L'auteur conclut que l'abcès Fochier agit par dérivation et fixation. Vers la même époque le Dr Brunner, de Zurich,

l'essaye dans la pneumonie, et il se déclare favorable à la méthode. Peu après le Dr Colladon, de Genève, l'applique à 7 cas d'otite moyenne suppurée: le résultat fut des plus favorables. En 1896, le Dr Gauthier l'emploie avec succès dans deux cas de fièvre typhoïde avec prédominance de symptômes cérébraux. En 1898 paraît la thèse du Dr Senn, inspirée par le professeur Revilliod. L'auteur traite par l'abcès de fixation plusieurs cas de pneumonie, de fièvre typhoïde, d'endocardite infectieuse ne présentant aucune localisation grave, et il conclut que l'abcès de fixation agit par dérivation, révulsion et fixation. L'abcès Fochier, dit-il, révèle, circonscrit, fixe et élimine la maladie.

Bauer, de Berne, a recueilli, depuis 1893, dans la clinique du professeur Salhy, plusieurs cas de pneumonie, d'érysipèle, de fièvre typhoïde et un cas de méningite cérébro-spinale qu'il publie dans les *Archives de Virchow*, 1899.

En Italie, depuis 1892, la méthode est essayée dans la clinique du professeur Mercandino. Jemma publie un cas favorable. En 1895, Pinna relate une autre guérison de pneumonie très grave. Ce dernier expérimente la méthode sur les animaux et émet l'hypothèse que l'abcès agit par immunisation.

Depuis 1893, le savant espagnol J. Cortiguera publie un grand nombre de guérisons d'infections puerpérales traitées par l'abcès de fixation. Les docteurs Faure-Carrero, Pujador, Viniza et Camenas ont traité plus de 130 cas de scarlatine par les injec-

tions sous-cutanées d'essence de térébenthine. Les résultats furent des plus brillants.

Ces auteurs affirment que les cas de scarlatine traités par cette méthode, guérissent en trois semaines et n'ont jamais été suivis de néphrite scarlatineuse. Estrani l'emploie avec succès dans la pneumonie.

En Allemagne, Swiecicki, de Posen, cite un cas très grave d'affection puerpérale guéri par l'abcès de fixation. En 1895, Switalski publie trois succès analogues.

Le Dr Karczewski (in *Przegląd Chirurgiczny*, 1894), essaye la méthode dans deux autres cas.

Ce trois derniers auteurs se déclarent partisans de la méthode et attribuent la guérison de leurs patientes à l'abcès de fixation.

Au mois de février de l'année 1899, Menko, d'Amsterdam, publie in *Berliner Klin. Woch.*, un cas remarquable d'infection puerpérale. L'auteur, d'adversaire qu'il était, revient de ses idées premières et recommande vivement la méthode. Il y a, vraisemblablement, dans la littérature encore des mémoires ou des observations d'infections pyogènes traitées par l'abcès de fixation et qui ont échappé à nos recherches.

Avant de terminer ce chapitre, nous citerons qu'en médecine vétérinaire, depuis une dizaine d'années, on emploie couramment les injections sous-cutanées d'essence de térébenthine dans le traitement des affections thoraciques et dans les boïteries des chevaux.

CHAPITRE II

A. — Indications

L'abcès de fixation est indiqué :

1° Dans tout état pathologique avec menace de septicémie au sens étymologique du mot.

2° Dans tous les états infectieux où l'on peut voir se produire spontanément des suppurations, et où ces suppurations, traitées chirurgicalement, peuvent guérir, contribuant parfois d'une façon manifeste à la guérison : la septicémie puerpérale, l'ostéomyélite aiguë, l'érysipèle, etc.

3° Dans les maladies dans lesquelles on ne voit habituellement aucune tendance à la suppuration, qui deviennent dans certaines circonstances des infections pyogènes généralisées : la pneumonie, la fièvre typhoïde, la grippe, etc.

4° Dans les états infectieux sans localisation spéciale, dans lesquels l'examen le plus attentif ne révèle aucune lésion objective, où l'on ne constate qu'une température élevée. Ces affections simulent

une fièvre typhoïde, une granulie ou une endocardite infectieuse.

5^o Lorsqu'une maladie infectieuse avec ou sans tendance pyogène se prolonge au-delà de sa durée normale.

6^o Lorsque l'on craint la formation du pus, la localisation de l'infection dans un organe important, comme dans les méninges, le péricarde, etc.

Nous n'avons en vue, dans ce travail, que l'étude clinique de l'abcès de fixation appliqué aux infections puerpérales.

La septicémie puerpérale est le type des maladies infectieuses généralisées. Elle a une tendance marquée à la suppuration spontanée.

L'abcès de fixation est indiqué dans toutes les formes de la septicémie puerpérale :

a) Dans les formes chroniques à évolution lente et progressive, sans aucune localisation bien nette.

b) Dans les formes chroniques avec localisation ayant une évolution de longue durée : arthrite, polyarthrite, etc.

c) Dans les formes aiguës.

d). Dans les formes suraiguës ou dyspnéiques.

En analysant les observations des infections puerpérales recueillies à l'infirmerie de la clinique obstétricale de Lyon, on peut se rendre compte que, toutes les fois que le diagnostic d'infection était douteux, on s'abstenait de faire des injections d'essence de térébenthine. Dans ces cas, après avoir constaté

l'état normal du cœur et du poumon on peut supposer pour expliquer l'élévation thermique, une rétention des matières fécales. Si, après l'administration d'un ou deux purgatifs dégageant le tube intestinal de toutes les matières putrides, quelquefois en même temps que ces purgatifs, la température continue à être élevée, on fait des lavages intra-utérins chauds de sublimé à 1/4000 suivis d'une abondante quantité d'eau bouillie chaude. Même dans les cas d'hyperthermie accompagnée de douleurs utérines le professeur Fochier n'est pas partisan des injections d'essence de térébenthine d'emblée, car ce sont quelquefois des hyperthermies qui disparaissent en quelques jours par les injections antiseptiques intra-utérines bien entendu. Il est bien évident qu'on se guidera sur les éléments de pronostic que nous exposons plus loin, et dont quelques-uns sont d'une indication formelle à faire d'emblée les injections d'essence de térébenthine.

Quand une nouvelle accouchée a des lochies fétides, un utérus gros et douloureux, le tout accompagné d'une élévation de la température, on est autorisé à provoquer l'abcès de fixation.

Si l'on est en état d'épidémie on doit faire d'emblée les injections térébenthinées, même si on est dans le doute, car on est averti par les autres cas de l'état du pronostic probable.

B. — Contre-indications

Les injections sous-cutanées d'essence de térébenthine sont absolument inoffensives. L'essence de térébenthine n'est pas un agent toxique. Elle peut être administrée par la voie gastrique, à la dose de 8 à 10 grammes dans les 24 heures chez l'adulte : sauf une irritation gastrique, elle ne provoque aucun autre accident.

Dans les expériences de Chantemesse, sur des lapins, la térébenthine donna lieu à des accidents graves. Mais, il faut remarquer que la dose d'essence de térébenthine a été dans ces cas relativement élevée. On avait injecté deux centimètres cubes à ces animaux, qui ont un poids moyen de deux kilogrammes.

M. Pujador Fauva communiqua au Congrès des Sciences Médicales de Moscou (1897), cent-vingt observations de scarlatines malignes, chez des enfants de trois à six ans, de forme ataxique en pleine période éruptive, et alors que toutes les médications conseillées, y compris les bains, avaient été essayées sans succès, ces scarlatines furent guéries par deux injections sous-cutanées d'un gramme d'essence de térébenthine sans qu'en aucun cas les urines présentassent de l'albumine, et cependant les malades étaient sortis à l'air librement avant les trois semaines, à compter du jour de la manifestation de la maladie. Ces malades ne présentèrent en aucun mo-

ment des accidents dus à l'essence de térébenthine ou à l'abcès de fixation.

Chez l'adulte et chez le vieillard, les injections térébenthinées multiples suivies d'autant d'abcès ne présentent aucun danger.

L'altération du rein : les néphrites aiguës ou chroniques, l'albuminurie de la grossesse ne sont pas des contre-indications. Au contraire, les abcès sont favorables, puisque dans les nombreux cas de scarlatine la néphrite a été évitée, conjurée.

Dans les infections puerpérales accompagnées d'albumine, après l'injection térébenthinée l'albumine disparaît plus rapidement.

Chez les diabétiques elles pourraient peut-être amener une gangrène, mais le fait n'est nulle part signalé.

Les injections d'essence de térébenthine ne présentent aucun danger. On n'expose le malade à aucun risque. Ni l'âge, ni l'altération du rein ne sont des contre-indications. La création de l'abcès de fixation, vu son innocuité, se recommande dans la pratique. La douleur provoquée est un inconvénient, mais non un danger ; elle est un signe de réaction locale et annonce un pronostic favorable.

L'abcès de fixation n'a jamais, du moins à notre sù, causé d'accidents graves.

CHAPITRE III

Technique de la méthode.

La substance, avons-nous dit dans le chapitre de l'historique, qui remplit les conditions désirables pour la provocation de l'abcès artificiel est l'essence de térébenthine. L'essence que l'on emploie à la clinique obstétricale de Lyon, à cet effet, est stérilisée et vieille. Elle est rendu plus rapidement vieille et concentrée en l'exposant dans des flacons pleins à moitié ou aux $3/4$ au soleil, et en ayant soin de les déboucher de temps à autre. Pendant les nuits et les jours privés de soleil, ils doivent être conservés à l'abri de l'humidité et du froid. Au bout d'un an de cette manipulation, notre essence d'incolore et aqueuse qu'elle était, devient jaune ambré, épaisse, nettement sirupeuse. Mais ces manipulations ne sont pas absolument nécessaires.

Dans leurs expériences sur les animaux, de Bary et Gravitz diluèrent leur essence de térébenthine avec de l'huile d'olives; après injections, ce mélange

provoqua rarement des abcès. Le liquide injecté se résorbait le plus souvent. Les rares abcès qu'ils ont eu mirent très longtemps à se former, et le pus était en quantité presque insignifiante. Lemièrè mélange l'essence de térébenthine avec de l'eau, le résultat fut analogue. Après l'injection, le liquide se résorbait le plus souvent, ou il donnait naissance à une légère inflammation sans suppuration, et lorsque celle-ci avait lieu, elle était tardive et très atténuée.

Bauer, de Berne, dans le but d'activer la formation de l'abcès provoqué, eut l'idée de mélanger l'essence de térébenthine avec de l'huile de croton ou avec du bromure de potassium. Il injecta à 5 pneumoniques de l'essence de térébenthine contenant 1 0/0 d'huile de croton. La quantité du liquide injecté varia de 0,2 c.c. à 2 c.c. Sur les 5 injections, trois ne provoquèrent aucune réaction locale, une donna lieu à une légère inflammation sans suppuration. La dernière formait un abcès. Avec le mélange de bromure de potassium, il n'obtint aucune réaction locale dans les 2 cas qu'il expérimenta.

Il y a quelques années, les microbiologues essayèrent de produire la suppuration artificielle avec des corps irritants aseptiques ou antiseptiques. Expérimentant avec l'huile de croton, les auteurs cités plus haut, ne réussirent que très rarement à obtenir du pus. Ordinairement au niveau de la piqure, ils obtenaient une congestion suivie d'une nécrose.

Lemièrè expérimenta l'huile de croton chez le chien. Il injecta 0,50 c. de la solution suivante : huile de croton, une goutte ; huile d'œillette, un gramme.

Des 6 chiens en expérience, trois succombèrent le lendemain de l'injection, les 3 autres présentèrent une gangrène locale qui ne fut précédée d'aucune suppuration.

Les solutions concentrées de sels de potasse ou de soude se résorbent toujours sans produire aucune réaction locale.

Les longues recherches cliniques de notre maître d'une part, les expériences des bactériologues et les essais de Bauer, d'autre part, nous font admettre que plus la térébenthine est dense, épaisse, plus on augmente ses propriétés irritantes, plus on la rend incapable de s'émulsionner et de se résorber.

Son action se fait dès lors sentir plus rapide et plus intense.

L'addition à l'essence de térébenthine de l'huile de croton ou du bromure de potassium diminue de beaucoup ses propriétés pyogènes ; le mélange est plutôt nuisible qu'utile.

L'essence de térébenthine pure est inoffensive, jamais nous n'avons observé d'accidents, nulle part nous n'avons vu signaler des accidents dus à l'essence de térébenthine elle-même.

On a fait les injections un peu partout : aux mollets aux cuisses, aux bras, à la pointe de l'omoplate, sous la clavicule, dans l'épaisseur de la paroi abdominale, aux cuisses, etc.

Les lieux de choix sont la partie antérieure des flancs, les portions avoisinantes de l'hypogastre et de l'ombilic, et l'empreinte deltoïdienne. Ces régions présentent l'avantage parce que à leur niveau, le

tissu cellulaire sous-cutané est lâche et peu dense par conséquent la formation de l'abcès n'est pas aussi douloureuse que s'il siège aux endroits où le tissu cellulaire est relativement plus serré et plus dense ; de plus les malades peuvent garder le décubitus dorsal ; ils ont les mouvements de leurs membres libres et lorsque leur état général le leur permet ils peuvent se lever avant l'incision ou avant la cicatrisation de l'abcès s'il a été incisé. L'injection térébenthinée faite au niveau d'un point douloureux a un effet remarquable sur cette douleur. Les recherches de Luton (de Reims) ont montré que les injections sous-cutanées ont beaucoup plus d'effet comme révulsifs cutanés. On peut donc se demander s'il ne conviendrait pas de les faire au niveau du point douloureux ? Nous ne croyons pas qu'il faille les pratiquer ainsi car elles mettent longtemps à produire leur effet révulsif et que les inconvénients compenseront les avantages, la quantité d'essence de térébenthine à injecter est de un gramme par injection, un 1/2 gramme suffit chez l'enfant et l'on a parfois d'énormes abcès avec une seule injection.

Dans les cas graves il faut répéter les piqûres, tous les jours, deux fois par jour au besoin, jusqu'à ce qu'on ait obtenu une réaction franche, une amélioration nette. Les injections sont faites avec une seringue de Pravaz. Les conditions d'antisepsie et d'asepsie sont rigoureusement prises par nous. Thierry recommande, puisqu'on veut obtenir du pus, de négliger les règles de l'antisepsie ; nous ne voyons aucun in-

convénient à cette pratique, la térébenthine étant par elle-même un puissant antiseptique.

Les injections doivent être poussées dans le tissu cellulaire lâche, au voisinage de l'aponévrose, sans piquer celle-ci pour éviter son sphacèle, mais elles peuvent aussi sans aucun inconvénient s'infiltrer dans le tissu adipeux. Il faut éviter les infiltrations dermiques ; car elles provoqueraient du sphacèle du derme. Lorsque l'on veut ménager une issue spontanée au pus, il n'y a qu'à retirer l'aiguille sans maintenir la peau, l'essence ressort en préparant un canal de sortie au pus. Il faut avoir soin lorsque l'on fait l'injection au flanc, de diriger l'aiguille de la seringue du côté de l'ombilic, parce que si on la pousse dans une autre direction, le pus formé fuse très rapidement du côté de la région lombaire et empêche les patients de garder le décubitus dorsal.

L'injection n'est pas plus douloureuse qu'une injection de morphine.

L'injection faite, on observe des résultats variables.

Ou il se produit une réaction inflammatoire, suppurative, locale, et c'est presque la règle ; ou la térébenthine se résorbe sans produire aucune réaction locale ou elle provoque une simple induration sans fluctuation, sans suppuration.

Lorsque la piqûre donne lieu à une réaction suppurative, elle s'annonce par une douleur.

La douleur apparaît de une heure à six heures après l'injection ; elle va un peu en augmentant et dure deux ou trois jours. Souvent elle est très supporta-

ble, compatible avec le sommeil, l'alimentation et quelques mouvements.

Quelquefois elle est très vive, supprime le sommeil, arrache des cris, masque tous les autres symptômes ; le malade ne souffre plus que de son abcès. La précocité et l'intensité de la douleur, signes d'une réaction locale vive, indiquent un bon pronostic, une guérison certaine ; cependant elle dépend aussi du siège de la piqûre. Si la douleur est très vive on peut la calmer par une piqûre de morphine, à moins que l'état du malade ne la contre-indique ; dans ce cas on peut se contenter des applications chaudes ou des émollients. Il y a aussi, comme on peut le supposer sur l'élément douleur, différence d'intensité selon le degré de la tolérance individuelle et selon le siège de la piqûre ; elle est plus vive à l'empreinte deltoïdienne au mollet ou à la cuisse, qu'à la paroi abdominale.

En général, la douleur est bien supportée par les malades qui se rendent compte du bon effet produit par l'abcès.

De quelques heures, à un ou deux jours après l'injection, on sent une tuméfaction nette au niveau de la piqûre. Lorsque l'injection a été poussée sous une couche épaisse de tissu adipeux, la tuméfaction peut rester masquée pendant plusieurs jours ; d'autres fois, la réaction locale est légère. Dans ces cas, on ne sent pas la tuméfaction par le palper ordinaire, il faut la rechercher en prenant la peau à pleine main.

Quand la réaction locale est vive, douloureuse,

l'abcès se forme rapidement, son apparition fait diminuer ou disparaître la douleur.

L'inflammation peut présenter, par ordre d'énumération et de fréquence, les formes suivantes :

- 1^o La forme de phlegmon circonscrit;
- 2^o La forme anthracoïde ;
- 3^o La forme du phlegmon diffus, mais ne se conduisant jamais comme un phlegmon diffus ;
- 4^o La forme d'un abcès froid ou d'un abcès qui a une évolution torpide.

Ces quatre formes d'abcès dépendent un peu de la profondeur à laquelle ont été faites les piqûres, mais surtout de la réaction des tissus, variables suivant le moment de la maladie et peut-être un peu suivant les individus.

La forme de phlegmon circonscrit, la plus fréquente, présente les quatre caractères qui servent à définir l'inflammation. L'abcès est saillant, bien collecté, nettement circonscrit, de volume variable entre celui d'une mandarine et celui d'une grosse orange, sans tendance à l'ouverture spontanée, ni à la diffusibilité.

La forme anthracoïde succède à une vive réaction locale.

La fluctuation apparaît très rapidement, la peau de rouge qu'elle était, se marbre, devient violacée par place, en même temps, on voit des pustules d'acné se former sous l'épiderme et se mettre en communication avec la collection sous-cutanée par

des orifices multiples, donnant passage à un pus mal lié, mélangé de détritrus de tissu sphacélé.

La forme de phlegmon diffus, mais ne se conduisant jamais comme tel, est relativement rare. L'inflammation peut envahir tout le bras, si la piquûre a été faite à l'épaule, par exemple. Cette allure indique la guérison certaine.

La dernière forme, analogue à un abcès froid, se développe, comme son nom l'indique, lentement avec minimum de douleur et rougeur. Au bout de quelques jours, on sent, à son niveau, une fluctuation nette, à laquelle succède un empâtement dû à la résorption de la partie liquide du pus. Cette forme ne présente aucune tendance à l'ouverture spontanée.

Il faut savoir que les abcès artificiels, les formes anthracoïdes surtout, sont quelquefois par eux-mêmes une cause de fièvre, mais cette fièvre est sans danger, n'altère pas le tube digestif. Il faut, dans ce cas, les ouvrir avant que l'infection générale soit terminée, mais il faut provoquer un nouvel abcès avant d'inciser le premier.

On observe quelquefois le passage d'une forme à l'autre, c'est-à-dire qu'un abcès qui s'est développé à grand fracas peut devenir latent au bout de quelques jours et présenter même de la tendance à la résorption, le contraire peut s'observer également.

En général, un seul abcès suffit pour améliorer et guérir le malade. Mais lorsqu'il n'a pas produit une amélioration franche, il faut les répéter jusqu'à la guérison nette.

Il est dangereux d'ouvrir l'abcès trop tôt. Quand

un abcès cause de la fièvre, de la douleur comme la forme anthracoïde, ou quand il menace de percer spontanément, il faut l'ouvrir, mais, comme nous l'avons dit plus haut, il est absolument essentiel d'en provoquer un autre avant ; sans cela on voit l'état grave réapparaître et emporter le malade.

L'abcès provoqué artificiellement peut se résorber entièrement sans aucun inconvénient. On ne doit pas ouvrir les abcès avant que le malade soit en pleine convalescence.

L'anesthésie locale au chlorure d'éthyle ou les pulvérisations d'éther rendent les larges incisions indolores.

Le pus de l'abcès de fixation varie d'aspect et de consistance selon la forme, la marche et selon l'ouverture plus ou moins tardive de l'abcès. Ordinairement le pus est épais, jaunâtre, abondant et la quantité varie de 50 à 500 grammes environ ; il est mélangé de lambeaux de tissus sphacelés. Celui de la forme anthracoïde est mal lié ; au contraire, l'abcès à évolution torpide, ne présentant aucune tendance à l'ouverture spontanée, contient une sorte de mastic composé de pus dont la partie liquide a été résorbée.

La térébenthine ne s'absorbe pas, ou en petites quantités, puisqu'au bout de quinze jours, on retrouve son odeur, mais on ne voit pas de gouttellettes distinctes au milieu du pus. Le pus se compose de globules blancs et de débris de tissus sphacelés. Il est absolument stérile. La plupart des microbiologues qui se sont occupés de la question sont d'ac-

cord sur ce point, Mosso, Eichel, etc., déclarent que le pus térébenthiné exposé à l'air, ne se putréfie pas. Après exposition à l'air libre pendant plusieurs jours, le pus a été trouvé exempt de tout microbe.

De Bary prend une certaine quantité de pus produit par l'injection térébenthinée, il le laisse dans un large flacon à large surface, bouché à l'ouate, pendant quelques jours, pour permettre à toute l'essence de térébenthine de s'évaporer et exclure l'action antiseptique que pourrait avoir la trace de térébenthine dans ce pus. Il ajoute alors à ce pus une culture vivante de staphylocoque pure ou mélangée et il porte le tout à l'étuve. On évalue chaque jour le nombre de microbes contenus dans ce pus. Pendant les quatre premiers jours, le nombre diminue ; après dix jours, tous les microbes ont disparu. Il a obtenu le même résultat quand au lieu du pus pur, il a employé le pus dilué de la moitié de son volume d'eau bouillie.

Les mêmes auteurs ajoutent aux tubes de gélatine nutritive trois gouttes de pus provoqué par l'action de l'essence de térébenthine, la cultureensemencée après sur cette gélatine subit un retard évident dans son développement. Si on mélange le pus et la gélatine dans la proportion de 1 pour 1 ou de 3 pour 2, le milieu reste stérile après tout ensemencement. Le pus de l'abcès de fixation est donc non seulement un milieu défavorable au développement des microbes, mais il les empêche de se développer sur des milieux de culture et les détruit ; on ne peut, dans la

dernière expérience, attribuer aucune action microbicide à l'essence de térébenthine.

La loge de l'abcès est anfractueuse, sa paroi est constituée par une mince couche de tissu sphacélé et infiltrée de pus analogue à la paroi d'un abcès froid sur certains points, ressemblant sur d'autres au bourbillon des furoncles.

Nous n'avons pas vu mais nous avons entendu dire qu'il peut y avoir des fusées et des décollements assez étendus. Il est certain que si l'injection était poussée au-dessous de l'aponévrose, elle entraînerait le sphacèle de cette membrane.

Thierry incise l'abcès dès qu'il se forme et entretient la suppuration à l'aide de pansements irritants. Cette pratique est à rejeter d'une façon absolue, l'abcès agit surtout, n'a son maximum d'utilité que tant qu'il est fermé. L'abcès est assez lent à guérir ou du moins, sa marche vers la cicatrisation est variable, suivant qu'il a évolué rapidement vers l'ulcération ou qu'au contraire il a affecté des allures torpides. Dans ce dernier cas surtout il faut l'inciser largement pour explorer et panser toute la poche.

La cicatrisation se fait en 15 ou 25 jours.

La cicatrice est peu visible ou à peine.

Certains auteurs grattent la paroi de l'abcès pour abréger la durée de la guérison. C'est une mauvaise manœuvre. Outre la douleur et l'hémorrhagie qu'ils provoquent, ils suppriment la couche, la paroi sécrétant le principe microbicide et risquent d'infecter ultérieurement la place, sans diminuer de beaucoup, croyons-nous, sa durée.

D'autres lavent largement la poche de l'abcès avec des antiseptiques puissants, ils rendent l'abcès d'indolore très douloureux et sont eux-mêmes quelquefois la cause de vastes décollements sans aucun bénéfice pour les malades.

En résumé. — Nous recommandons vivement d'employer l'essence de térébenthine stérilisée, vieille, concentrée, exempte de tout mélange, de faire les injections aux flancs et aux épaules. Dans les cas graves où la réaction locale tarde à se produire, il faut faire une piqûre tous les jours et même une piqûre toutes les 6 heures, jusqu'à ce qu'on obtienne une réaction franche, et alors on voit fréquemment la suppuration s'établir au niveau des injections dans l'ordre inverse à celui où elles ont été faites. Un gramme de térébenthine par injection et par jour pour l'adulte, 1/2 gramme suffisent pour l'enfant, dans la plupart des cas. Un ou deux abcès suffisent ordinairement, mais il faut pratiquer jusqu'à ce que l'état du malade s'améliore nettement. On ne doit ouvrir l'abcès que lorsque le malade est en pleine convalescence. Si pour une cause quelconque on est obligé d'ouvrir le premier abcès, on doit en provoquer un autre avant. Le pus est stérile, il est microbicide. Il faut panser la poche de l'abcès comme une plaie aseptique simple, sans se servir de lavages ni aseptiques ni antiseptiques qui causent souvent des douleurs et des décollements.

CHAPITRE IV

Observations

OBSERVATION I

M. FERRAND, de Rennes, *Bulletin de la Société scientifique et médicale de l'Ouest*, 1^{er} trimestre, 1893.

Madame C..., de St-Malo, est âgée de 31 ans. Elle n'a jamais eu d'autres maladies que la fièvre typhoïde, à l'âge de 26 ans, et est accouchée pour la première fois, à 28 ans, le 26 mai 1889.

Le docteur Ferrand, de St-Malo, son médecin, constata une présentation du sommet en occipito-sacrée, avec arrêt au détroit supérieur. La dilatation était complète, la poche des eaux rompue depuis 5 heures et le travail durait depuis 48 heures.

Avec l'assistance du docteur Ronsin qui donnait le chloroforme, le docteur Ferrand fit une application de forceps ; les tractions duraient depuis trois quarts d'heure et l'engagement ne paraissait pas s'effectuer, lorsque dans une traction un peu plus énergique il se produisit un écartement considérable de la symphyse pubienne.

L'accouchement se fit alors facilement ; l'enfant, vivant, pesait 5 kilos 750. Il paraît évident que, sans l'accident heureux d'écartement de la symphyse, il eût fallu sacrifier l'en-

fant. A cette époque, les observations de Pinard, sur la symphyséotomie, n'avaient pas encore paru; ainsi que nous le disait notre confrère, en pareil cas, il n'hésiterait plus à pratiquer cette opération. L'application de bandes silicatées formant ceinture fut faite deux jours après l'accouchement et, 2 mois et demi après, la malade marchait sans conserver trace de son accident.

Le second accouchement a eu lieu le 16 mai 1892, à onze heures du matin. Comme au premier, la tête se présentait en occipito-postérieure et n'avait pas de tendance à s'engager dans le bassin. M. Ferrand fit une application de forceps avec l'assistance du docteur Ronsin qui donna le chloroforme.

Les mains de l'accoucheur et le forceps avaient été aseptisés avec soin; l'application fut facile relativement à celle du premier accouchement: il n'y eut qu'une très légère déchirure du périnée, pansée à l'iodoforme et dont la réunion s'opéra rapidement.

Aussitôt après l'accouchement, la malade perdit abondamment; l'hémorrhagie devenant inquiétante, on dût achever de décoller le placenta qui vint en entier avec les membranes. Le seigle ergoté fut donné à la dose de 2 grammes en deux fois, après lavage de la cavité utérine à l'eau bouillie à 48° additionnée de sublimé. Pendant près de trois heures, la malade fut dans un état syncopal alarmant qui nécessita plusieurs injections sous-cutanées d'éther.

Quoique très faible, Mme C... s'alimenta très suffisamment les trois jours qui suivirent l'accouchement et ne présenta aucune élévation thermique; elle ne ressentit, du reste, aucun autre malaise qu'une faiblesse très prononcée. On fit des injections vaginales antiseptiques trois fois par jour et la petite déchirure fut pansée avec soin à l'iodoforme.

Le 19 mai, 4^e jour après l'accouchement, éclata un violent frisson: le soir, la température était de 39° 8 et le pouls à 115. Administration de sulfate de quinine à la dose d'un

gramme cinquante centigrammes en trois fois, dans les 24 heures.

20 mai. — La température au matin est de 40° et au soir de 38°9. Les lochies n'ont point d'odeur, le ventre est ballonné et un peu endolori. On continue le sulfate de quinine à la même dose et l'on fait sur le ventre des frictions d'onguent mercuriel belladonné.

Du 21 au 25 mai, la température se maintient entre 38°5 et 40°. La malade est prise de vomissements, le 25 au soir. Le champagne frappé, la potion de Rivière, l'application d'un vésicatoire au creux épigastrique sont impuissants à les arrêter. Le sulfate de quinine est donné en lavements.

26. — La température monte à 40°1.

27. — Je vois la malade avec mes deux confrères, le docteur Ferrand de St-Malo et le docteur Ronsin, de Paramé. Elle est fort pâle, amaigrie, le pouls est faible et à 120; la température à 40°. La respiration est fréquente, mais on ne constate rien d'anormal du côté des poumons et du cœur. Les vomissements sont incessants et le ventre est très ballonné. Un examen minutieux par le toucher vaginal et le palper abdominal combinés ne décèle aucun point douloureux dans la zone utérine. On ne trouve pas trace d'inflammation. L'écoulement lochial, à peine coloré, est très peu abondant et n'a aucune odeur. La seule modification apportée au traitement est l'administration de bromhydrate de quinine en injections sous-cutanées, celui-ci n'étant plus toléré par l'intestin. De plus, nous convenons, dans le cas où l'état ne s'amenderait pas, de faire une injection sous-cutanée d'essence de térébenthine, selon la méthode de Fochier.

Le lendemain 28, et le surlendemain 29, la situation devient plus mauvaise : la température est 43°3, le pouls très faible, est à 130 et la dyspnée a sensiblement augmenté.

Devant cette aggravation, le Dr Ferrand n'hésite pas à faire une injection d'un gramme d'essence de térébenthine au 1/3 supérieur de la face externe de la cuisse droite. Une heure

après l'injection, la malade se plaint de souffrir horriblement et ses souffrances durent pendant 7 heures. On cesse toute autre médication.

Le lendemain, 30 mai, la température est à 39°.

Le 31 au soir, le thermomètre marque 38°.

Le 1^{er} juin, il descend à 37° 4 le matin et à 37° le soir.

Les vomissements ont cessé et la malade peut s'alimenter,

La région où a été faite l'injection est rouge, tendue et très douloureuse à la pression.

A partir du lendemain 2 juin, jusqu'au 11, il n'y a pas eu de fièvre. L'empâtement de la région douloureuse s'accroît chaque jour ; il occupe une surface de 0 m, 12 de longueur sur 8 de largeur.

Le 11 juin, le Dr Ferrand fait l'ouverture du foyer purulent par une incision de 0,08 cent. Il en sort un pus épais comme du mastic, mais peu abondant, et la plaie est pansée à l'iodoforme. La température qui, le jour de l'incision, était de 37°, s'est élevée, le lendemain à 38°2, pour retomber le soir même à 37°, sans désormais dépasser la normale.

Le 27 juin, la malade ne conserve plus qu'un peu de faiblesse ; son appétit et son sommeil sont excellents et elle se lève chaque jour.

Le volume de l'utérus est presque normal.

L'organe est en légère antéversion, mobile, non douloureux lorsqu'on lui fait subir des mouvements de latéralité. Les annexes sont saines et les culs-de-sac parfaitement libres. La plaie de la cuisse est entièrement cicatrisée.

OBSERVATION II

M. H. von SWIECICKI (de Posen), in *Therapeutische Monatshefte*, février 1894.

Au commencement d'avril de cette année, je fus appelé chez M^{me} F..., multipare, âgée de 33 ans, qui, deux jours après un accouchement négligemment fait par une sage-femme de 70 ans, était atteinte d'infection puerpérale. Les

symptômes infectieux étaient de nature menaçante, la température monte jusqu'à 40°, le pouls 140, des frissons plusieurs fois par jour, le bas-ventre ballonné. Après une irrigation de la cavité utérine avec de l'eau bouillie, j'ordonnai de prendre d'abondantes quantités d'alcool et, pour rehausser la fonction rénale et raffermir la résistance corporelle, je recommandai de faire boire à la malade beaucoup de liquides, parmi lesquels du lait, du chocolat, de la limonade, du bouillon avec un jaune d'œuf, etc. Une fois par jour j'injectai, pendant 3 jours, en vue d'amener une forte transpiration 1 centigramme de pilocarpine. Quoique la malade suivit consciencieusement mes ordonnances, son état général ne s'améliorait presque pas, le pouls était faible et les crises de frissons se répétaient avec la même intensité.

Comme je ne voyais aucune amélioration malgré l'exagération des sécrétions glandulaires, que j'avais provoquées dans le but d'éliminer la substance virulente de l'organisme infecté et comme au contraire l'état général devenait de plus en plus menaçant, que le cœur, à la suite de l'exagération de son travail, s'affaiblissait et que l'adynamie devenait évidente, je me résolus, dans cette situation désespérée, encouragé par les résultats thérapeutiques de Fochier, de Lyon, de produire chez ma malade des abcès artificiels aseptiques pour influencer favorablement l'infection par une leucocytose locale inflammatoire. Dans ce but, j'injectai à ma malade, dans la partie supérieure des deux cuisses, deux seringues contenant chacune 1 gramme d'essence de térébenthine. 4 heures après l'injection commença à leur niveau une très vive douleur, la peau voisine commença à rougir de plus en plus; elle devint dure, chaude et 3 jours après les injections, se montrèrent des foyers purulents. Je les ouvris le sixième jour et j'en fis sortir autant qu'il y en avait, un pus visqueux et verdâtre. Dès le deuxième jour, l'état de la malade commença à s'améliorer, quoique lentement, et, au bout de trois semaines son état général était de nouveau normal.

La prochaine fois que le cas se présentera me conformant

aux prescriptions des auteurs français, j'injecterai l'essence de térébenthine dans la région stomacale ou dans le sillon deltoïdien, pour que la douleur soit amoindrie. Dans la partie supérieure des cuisses, la formation d'un abcès est aggravée par l'épaisseur et la fermeté (la tension) du *fascia femoralis*. Curieux de savoir si le pus des abcès formés par l'essence de térébenthine contenait des microbes, j'étudiai au microscope, avec la certitude de l'asepsie la plus absolue et en me servant de la méthode de Granim, une goutte de ce pus épais. J'y trouvai bien des staphylocoques et des streptocoques, mais ces derniers en quantité proportionnellement bien moindre. Comme le pus dû à l'action de l'essence de térébenthine ne contient aucun micro-organisme, est stérile, il en résulte que les microbes avaient dû être ramenés de l'organisme infecté.

En publiant le cas ci-dessus, j'attire surtout l'attention du lecteur sur ce que la création d'abcès artificiels, dans les cas menaçants de fièvre puerpérale, est un moyen peu dangereux qui, dans les cas où la malade serait presque abandonnée, peut lui sauver la vie.

Moi-même, quoique, *à priori*, je ne fusse pas très porté à l'optimisme pour un tel mode de traitement, je l'accepterais volontiers maintenant, que, dans mon cas, les abcès artificiels ont sauvé la patiente de la mort. Si, dans le cas précédent, la septicémie puerpérale était devenue d'une extrême virulence, cela s'expliquait par ce fait que, comme je l'appris plus tard, la sage-femme en question, dans la même période, avait délivré une autre accouchée qui, pareillement, était atteinte d'infection puerpérale et qui mourut sept jours après la délivrance.

OBSERVATION III.

M. Joaquín CORTIGUERA, de Santander, novembre 1896.

Mme X..., primipare, 28 ans, eut une couche lente. La tête, ne pouvait pas franchir l'excavation. Elle était assistée par une sage-femme anonyme n'ayant aucune connaissance de

l'art. Je fus appelé dans les 48 heures après le commencement des douleurs et je trouvai la malade épuisée. La tête ne pouvait pas exécuter la rotation. J'appliquai le forceps avec les précautions d'asepsie voulues, je désinfectai toute la région génitale, et tout marcha bien, excepté le poulx qui était fréquent, mais qui pouvait l'être uniquement en raison de la grande fatigue. Le jour suivant apparut un frisson, la température s'éleva. Je lavai les organes génitaux externes et l'utérus avec du sublimé, mais la situation ne s'améliora pas. Les lochies n'étaient pas fétides, la température toujours élevée, pas de fluxion lactée, poulx très fréquent.

Voyant cet état, je fis le phlegmon thérapeutique (1), le 6^e jour de l'accouchement, prenant toutes les précautions aseptiques de rigueur.

Douze heures après, la fréquence des pulsations diminua; le thermomètre descendit et une intense fluxion arriva. Voyant l'amélioration persister, j'ouvris le phlegmon cinq jours après sa provocation.

Avec toutes les rigueurs d'asepsie MM. Bolivar, Santiniste et Vega, recueillirent le pus pour l'étudier au point de vue bactériologique. A l'incision de l'abcès on remarquait une infiltration dure et très peu de pus. J'ai su plus tard que, sur six cultures faites par MM. Santiniste et Vega, le pus fut reconnu entièrement stérile et que le résultat fut le même pour M. Bolivar.

Deux jours après l'ouverture du phlegmon, la fréquence du poulx revint, et le thermomètre recommença à monter; la malade eut de fréquents accidents emboliques dans les deux jambes, dans un bras et dans un poumon, le lait disparut de son fils. Les choses continuèrent ainsi, et quand les phénomènes d'infection parurent plus graves je recourus à un nouveau phlegmon que je produisis en canalisant le foyer jusqu'à la peau.

(1) M. Cortiguera entend par « phlegmon thérapeutique » l'abcès de fixation.

De nouveau les symptômes généraux s'améliorèrent quoique moins rapidement que pour le phlegmon précédent ; les phénomènes locaux décrivirent et, exception faite de la thrombose à la jambe gauche qui suivit son cours lent ordinaire, tous les autres disparurent promptement. La malade guérit et put allaiter après une telle tempête.

OBSERVATION IV

M. Joaquín CORTIGUERA.

M^{me} X..., multipare, eut une couche normale, mais d'un enfant mort. Dès le jour suivant et jusqu'au douzième, elle eut une température de 39°, sans qu'on pût pronostiquer d'autres localisations que celle d'une paramétrite ancienne aggravée par cette parturition. Je fus appelé à ce moment, et comme la malade avait suivi un traitement rationnel sans aucun résultat favorable, je pratiquai le phlegmon qui eut une marche subaiguë, mais qui nécessita l'ouverture au bout de dix jours. Quarante heures après l'injection de térébenthine, sans aucun autre traitement, le thermomètre descendit à 37° et, alors même qu'il montait, durant les deux jours suivants encore à 38°, l'amélioration continua ensuite, sans interruption, avec apyrexie complète.

OBSERVATION V

M. Joaquín CORTIGUERA, novembre 1896.

M^{me} X..., multipare, eut une couche très lente et exigeant la délivrance artificielle ; quand je la vis elle avait 38°5 ; on lui fit un lavage phéniqué chaud ; la température descendit et les lavages furent supprimés au troisième jour de l'apyrexie. Trois jours plus tard se déclare l'infection puerpérale, frisson, température 39°, et qui s'éleva même à 39° et 40°, à plusieurs reprises, durant deux jours et demi. On pratique le phlegmon. Le jour suivant, sans que le frisson se soit

reproduit, le thermomètre atteint le chiffre de 38°,5. Le 3^e jour le phlegmon est formé, température 37°5; pendant les cinq jours suivants la température se maintient au même niveau, sans nouveaux frissons.

La malade guérit deux semaines après l'accouchement. L'abcès n'a pas été ouvert.

OBSERVATION VI

M. Joaquín CORTIGUERA.

M^{me} X. eut un avortement de deux mois et demi, incomplet, avec hémorrhagie très abondante. Appelée dans la nuit, je pratiquai un tamponnement aseptique, le matin suivant extraction du restant abortif, et la désinfection nécessaire. Vers le soir je trouvai la malade suant abondamment et elle me dit que par crainte de bouger elle avait fait une selle dans son lit sans se nettoyer ensuite; il y avait déjà trois heures qu'elle se trouvait dans cette situation; je fis nettoyer et changer tout ce qu'il y avait dans le lit, j'irrigai abondamment l'utérus et renouvelai la gaze iodoformée qui, comme on le comprend, absorbait les matières fécales comme dans une expérience.

Le jour suivant, terrible frisson pendant une heure, température de 41°,5, persistante, durant 14 heures, sans baisser d'un dixième; vomissements, tympanisme, douleur aiguë dans tout le ventre, céphalalgie très intense, dyspnée, intolérance gastrique. Il me parut alors qu'un accès analogue serait capable de tuer la malade et, ne disposant pas des voies gastriques, je résolus de faire une injection hypodermique de chlorhydro-sulfate de quinine; mais comme le commis de la pharmacie voulut obtenir la dissolution en ajoutant de nouvelles quantités d'acide chlorydrique, mon injection se trouva être véritablement caustique et, alors même que mon intention n'était pas de produire un phlegmon, celui-ci se fit. Quelques heures après, commença la descente

du thermomètre qui arriva graduellement à 38°; il resta à cette hauteur le jour suivant; le troisième jour la malade se trouvait déjà apyrétique, il ne lui restait plus qu'une sensibilité du ventre un peu exagérée. Je dus ouvrir le phlegmon six jours plus tard, et la guérison ne s'arrêta pas un seul instant.

OBSERVATION VII

M. Joaquín CORTIGUERA.

Mme X..., multipare, affectée de la grippe, accouche prématurément dans le huitième mois de sa grossesse; la parturition fut longue. Elle eut une grande hémorrhagie de la délivrance, et une autre, entre la sortie de l'enfant et celle de celle-ci. Cette même nuit, la fièvre, qu'elle avait déjà mais qui ne dépassait pas 38°, monta à 39°5 et, les jours suivants, à 40° et 41°; sueurs profuses, essoufflement, prostration, tous les caractères d'une affection grave, sans localisation appréciable.

Le sixième jour je fis le phlegmon qui n'acquiesce que peu de développement.

Le septième jour la fièvre descendit à 39° et, en trois jours, elle disparut complètement. Je n'ouvris pas ce phlegmon.

OBSERVATION VIII

M. Joaquín CORTIGUERA.

Mme X..., multipare, eut une couche normale suivie de pertes puerpérales sans rien de nouveau jusqu'au quatrième jour. Dans ce dernier, elle commença à sentir un frisson peu intense suivi de température de 39° le soir et 38° le matin; elle avait à la vulve une escharre qui s'étendait dans le vagin jusqu'au col utérin qui paraissait intact. On procéda à la désinfection précédée de l'ablation des escharres; mais le mieux des symptômes généraux ne dura que deux jours. Le troisième jour les symptômes généraux recommencèrent

avec une plus grande intensité et ils continuèrent ainsi malgré la quinine, la désinfection locale et les bains généraux frais, durant une semaine encore, époque à laquelle le phlegmon fut pratiqué. Dès le jour suivant, la malade commença à aller mieux et, le quatrième jour après l'injection, sans avoir eu besoin d'ouvrir le phlegmon, parce qu'il était petit et à marche subaiguë, elle n'eut plus d'accès fébriles. La marche vers la guérison fut rapide.

OBSERVATION IX

M. Joaquin CORTIGUERA

Mme X..., multipare, a eu un frisson le lendemain de son accouchement ; je fus appelé le 8^e jour. Tuméfaction du ligament large gauche, diarrhée fétide, séreuse, abondante. Œdème pulmonaire ; la T. oscille entre 39° et 40°. Désinfection utérine, phlegmon thérapeutique.

Les jours suivants la T descend à 37°, l'œdème pulmonaire disparaît, pouls 72. La diarrhée persiste. Le phlegmon du ligament large gauche semblait se résorber.

Le phlegmon thérapeutique était formé dans les premières douze heures. Les jours suivants, pendant trois semaines, alternatives d'amélioration et d'aggravation ; la diarrhée persiste toujours malgré les moyens thérapeutiques employés ; alternance de tuméfaction dans les deux fosses iliaques. Défaillances cardiaques ; enfin la malade peut se lever et sortir pendant un mois. Après ce laps de convalescence, nouvelle reprise de l'infection localisée cette fois encore dans le ligament large gauche. Il s'y forma lentement un abcès qu'il fallut ouvrir par la voie abdominale. La malade guérit.

OBSERVATION X

M. J. CORTIGUERA

Mme X., est atteinte de septicémie puerpérale généralisée. Température élevée, l'état est très grave.

Après les lavages et la désinfection, la gravité s'accroissait de plus en plus ; phlegmon de Fochier ; vingt-quatre heures après, soulagement graduel et guérison prompte. Incision de l'abcès quelques jours après.

OBSERVATION XI

M. J. CORTIGUERA

Mme X..., multipare, retention placentaire, délivrance artificielle. Je vois la malade au 9^e jour de l'accouchement. Etat général des plus graves : tremblements, sueurs abondantes et visqueuses, pouls très fréquent, somnolence septique. Les lochies ne sont pas fétides. Phlegmon thérapeutique le lendemain elle se sent mieux. L'abcès phlegmonne lentement, mais progressivement ; la guérison arriva en peu de jours.

OBSERVATION XII

M. Joaquín CORTIGUERA

M^{me} X..., primipare, est prise d'un grand frisson pendant l'accouchement. Je la vois quatre jours après l'accouchement : vagin sec, pas de lochies, ni de sécrétion lactée. Température 40° 6, tympanisme abdominal exagéré ; pouls à 130. Délire. Les lavages intra-utérins au sublimé, le sulfate de quinine, la digitale et les bains tempérés restent sans effet.

On provoque un abcès de fixation et, dès le lendemain la malade se sent mieux. La température baisse lentement. Cinq jours après, apyrexie complète. Guérison.

OBSERVATION XIII

M. Joaquín CORTIGUERA

M^{me} X..., primipare, âgée de 50 ans, avorte au quatrième mois. Le lendemain de sa fausse-couche, température élevée,

pouls accéléré. La malade a une broncho-pneumonie très grave. Traitement classique pendant trois jours, sans aucun résultat favorable. L'état de la malade s'aggrave de plus en plus, on provoque un abcès de fixation. Trois jours après l'injection, l'abcès s'est bien collecté, en même temps on constate une amélioration suivie d'une prompte guérison.

OBSERVATION XIV

M. Joaquin CORTIGUERA

M^{me} X..., primipare, a une hémorrhagie abondante au huitième mois de la grossesse. La malade est presque exsangue. Dilatation du col, version et délivrance artificielle. Dès le lendemain de l'accouchement, fièvre, accélération du pouls, etc. Tous les traitements échouèrent.

Au huitième jour de l'accouchement, on provoque un abcès de fixation. Amélioration lente et irrégulière, la guérison a été longue, parce que les médecins qui soignaient la malade ouvrirent l'abcès trop tôt.

OBSERVATION XV

M. Joaquin CORTIGUERA.

M^{me} X..., multipare, a besoin d'une version podalique à cause d'une présentation d'épaule ; il y avait deux jours qu'elle était dans cette situation, quand je fus appelé pour l'opérer ; le bras se macérait, le liquide amniotique était fétide et la malade avait 39°. Malgré la désinfection, je n'arrivai à abaisser la température que pour deux jours seulement mais le troisième jour le frisson survint et de nouveau le thermomètre monta, cette fois, à 40°. On fit un phlegmon qui produisit l'abaissement du thermomètre le jour suivant ; la température se soutint pendant deux autres jours à 38° et redevint normale les jours suivants. Cette malade ne prit pas de quinine, mais une grande quantité de cognac.

OBSERVATION XVI

M. Joaquín CORTIGUERA.

M^{me} X. ..., dans le quatrième mois de sa grossesse, m'oblige à pratiquer la laparotomie en raison d'une affection suppurante ; le jour même après l'opération, elle se trouvait assez bien ; mais deux jours plus tard elle sentit des frissons et le thermomètre s'éleva à 40° ; il y avait en même temps des vomissements, de l'insomnie et un pouls très fréquent. Pensant que peut-être, il se pouvait que du pus se fût répandu dans le péritoine durant l'opération, quoiqu'il n'y eut en réalité, aucun signe de pyohémie, et jugeant la situation très grave, je discutai avec mes collègues les probabilités de réussite qu'offrirait la réouverture du ventre pour désinfecter la séreuse ; nous convînmes de ne pas le faire, en remplaçant cette opération par un phlegmon dans la cuisse ; on le pratiqua sur la partie externe du membre et, le jour suivant la scène changea du tout au tout : le pouls se régularisa, le frisson ne revint pas, le vomissement cessa, la malade put un peu dormir et le thermomètre descendit à 38° pour ne pas monter plus haut les jours suivants.

OBSERVATION XVII

M. Joaquín CORTIGUERA.

M^{me} X. ..., multipare, eut un avortement de 3 mois et en avait déjà eu deux à de semblables époques de grossesse ; l'hémorrhagie fut abondante, mais elle ne se sentit pas mal avant le quatrième jour ; ce jour-là, alors qu'il était question de lui faire abandonner le lit, surgirent un fort frisson, des vomissements et une température de 40°. Le même tableau symptomatique se présenta le jour suivant et je fus appelé. Il y avait une tuméfaction du ligament large à droite, et je ne voulus pas faire le phlegmon, parce que l'infection me

semblait déjà localisée ; mais comme, les jours suivants, les mêmes phénomènes se répétèrent avec une plus grande intensité, malgré le traitement général et la désinfection intra-utérine, je revins sur ma décision. Le phlegmon suivit une marche très aiguë et il fallut l'ouvrir au bout de 3 jours. Le mieux commença trente heures après que l'injection eut été pratiquée et se continua jusqu'à la guérison qui ne se fit pas beaucoup attendre.

OBSERVATION XVIII

M. Joaquín CORTIGUERA.

M^{me} X..., secundipare, âgée de 40 ans, eut une parturition lente et souffrait d'une grippe intense avant de ressentir les premières douleurs ; elle resta trois jours pour accoucher et le fœtus sortit mort ; le second jour après l'accouchement, elle fut prise d'un violent frisson et elle resta ainsi durant deux jours encore, avec des températures de 40° et 41° après chaque frisson. Je fus appelé et je découvris une infection généralisée, sans aucune localisation spéciale, si ce n'était la broncho-peumonie qui s'était accentuée davantage, mais qui s'était déclarée dans le premier jour de l'accouchement. Outre le traitement qui était suivi contre la grippe, je fis le phlegmon thérapeutique. Au bout de 20 heures, grande tuméfaction. Au bout de 48, fluctuation évidente, mais peu de douleur. Le tableau symptomatique avait complètement changé : température de 37° à 38° ; la broncho-pneumonie en pleine résolution. Je n'ouvris pas l'abcès, la malade continua à aller mieux et la tuméfaction se résolut lentement dans l'espace d'un mois.

OBSERVATION XIX

M. Joaquín CORTIGUERA

M^{me} X..., multipare, eut un accouchement lent qui se termina par la version podalique ; au bout de deux jours elle

commença à ressentir des frissons intenses suivis de hautes températures avec trois ou quatre ascensions par jour, s'élevant de 37° jusqu'à 41° et 42°. Alors je fus appelé en consultation et je pratiquai la désinfection intra-utérine; mais comme le jour suivant la même situation se maintenait malgré la quinine, le salicylate de soude, la digitale et les bains généraux à 30°, je pratiquai un phlegmon dans la partie interne de la cuisse au moyen d'un gramme d'essence de térébenthine en deux endroits, distants de cinq centimètres l'un de l'autre; la marche du phlegmon fut suraiguë; il y avait plutôt une infiltration pâteuse qu'une véritable fluctuation; la tuméfaction était minime aux deux piqûres; il y avait, cependant, une assez grande douleur; la guérison se fit comme dans le cas précédent, mais sans faire l'incision avant le quatrième jour; il fut évacué une sérosité trouble peu dense plutôt que du pus, et la régénération des tissus fut assez lente; la nuit qui suivit le jour de l'injection fut très mauvaise, mais de suite commença le soulagement avec disparition des accès fébriles et de l'accélération du pouls; le mieux continua et la malade guérit.

OBSERVATION XX

M. Joaquín CORTIGUERA.

M^{me} X..., primipare, rachitique, en raison d'une étroitesse du bassin, dont le diamètre promonto-pubien utile n'atteignait pas 8 centimètres, se trouvant en état de dilatation complète et à terme, sans que la tête d'un enfant vivant, de dimensions normales, pût passer dans l'excavation, nécessite l'application du forceps précédée de symphysectomie. La malade était déjà septique avant d'être opérée, elle resta dans cet état malgré l'irrigation continue intra-utérine, suivant le procédé de Pinard, et le traitement antiseptique de la blessure opératoire. On n'oublia aucun des remèdes conseillés pour un tel cas et tous furent employés avec la

persévérance nécessaire. La sépticémie envahit divers territoires, se faisant plus grave dans le thorax, et il y eut le temps d'épuiser toutes les ressources : quinine, digitale, toniques, oxygène, frictions stimulantes, etc. Quand la situation parut le plus critique, on se décida à pratiquer, dans la partie interne de la cuisse, une injection de deux grammes de térébenthine en deux points distincts, à 4 centimètres l'un de l'autre; au bout de trente heures on observa une tuméfaction considérable et, au bout de quarante, une forte tuméfaction fluctuante; on fit une incision dans le milieu de chaque foyer et on soigna durant les jours suivants en assainissant les anfractuosités, les lavant grandement et les remplissant de gaze iodoformée.

Le jour suivant les injections de térébenthine, le mieux commença et, avec de légers mouvements du thermomètre, la guérison arriva au bout de 2 semaines.

OBSERVATION XXI

M. Joaquín CORTIGUERA.

Mme X..., multipare; nécessite une version podalique ayant une présentation du tronc. Depuis un jour elle était en travail. Je fus appelé pour intervenir; elle avait, en ce moment, 38° 5, et 130 pulsations. Il n'y eut pas d'incident notable dans l'extraction; lavages antiseptiques; le jour suivant, pouls 120, température 38°; le soir, frisson intense, température 40°.

Les lavages ne ramènent rien de fétide, mais le même état se maintient les deux jours suivants. Le troisième jour, phlegmon thérapeutique; après, sans nouveau frisson, le pouls est à 112, température 39°. Le thermomètre et la fréquence du pouls continuèrent à baisser jusqu'à la normale, qui fut atteinte le troisième jour après l'injection; le phlegmon suppura peu.

OBSERVATION XXI

M. SWITALSKI. — *Therapeut Wochenschrift*, 1895.

P. M..., âgée de 20 ans, secondipare, accouchement normal le 6 février 1895 ; au quatrième jour, frisson et élévation de la température. La fièvre se maintient 49 jours avec une pyohémie caractéristique. Au commencement, nous croyions avoir affaire à une paramétrite, qui fut diagnostiquée le 16 février, dix jours après l'accouchement. Mais, ensuite, bien que la paramétrite eût diminué à tel point que, le 4 mars, nous ne trouvions plus aucune lésion des organes génitaux, les frissons et la fièvre s'emparèrent de la malade, et nous fûmes forcés de diagnostiquer une infection puerpérale. L'examen du sang laissa voir des staphylocoques. Tous les moyens thérapeutiques connus furent employés, mais ils échouèrent et nous laissèrent dans l'embarras. L'état de la femme empira de jour en jour ; nous fîmes, le 17 mars, quarante jours après l'accouchement, une injection de 2 gr. d'essence de térébenthine dans le mollet gauche. Quelques heures après elle ressentit, au niveau de la piqure, une très forte douleur qui persista pendant 48 heures, puis devint plus faible jusqu'à l'ouverture de l'abcès. La réaction locale se manifesta pendant 48 heures, sous la forme d'un fort œdème et d'une rougeur qui s'étendit presque sur tout le mollet. Le 26 mars, dix jours après l'injection, l'abcès dans lequel on remarquait une fluctuation bien caractéristique fut incisé, et le pus en sortit en très grande quantité (environ 300 gr.).

Le pus était jaune et épais et renfermait des lambeaux de tissus sphacelés. Après l'injection, la malade n'eut qu'un frisson, la fièvre persista cependant encore dix jours. Le onzième jour, la température redevint normale et la malade se rétablit rapidement.

Après l'ouverture de l'abcès, l'analyse bactériologique n'a

constaté nulle trace de microbe, ni dans le pus, ni dans le sang.

OBSERVATION XXIII

M. SWITALSKI. — *Thérapeut. Wochenschrift*, 1895.

L. . . , M., âgée de 28 ans, primipare.

Le 6 décembre, forceps. Délivrance artificielle; déjà le deuxième jour après l'accouchement la malade a une élévation de la température qui persiste pendant douze jours après. A l'examen de la malade on découvre quelques légères déchirures vaginales. Le troisième jour la malade est très agitée, elle délire, sa langue est sèche, ses mains tremblent; température 39°2, le pouls 116. Ce même jour, 19 décembre 1894, injection de 2 grammes d'essence de térébenthine dans le mollet droit. Cet état menaçant, avec troubles cérébraux, dure encore deux jours; ce n'est que le 22 décembre que son état commence à s'améliorer graduellement, à tel point que la malade n'a plus de fièvre le 30 décembre, dix jours après l'injection. La réaction locale se manifesta sous la forme d'une infiltration étendue avec rougeur au 4^e jour. Le 8 janvier 1895, on sent nettement la fluctuation. La rougeur et l'œdème avaient déjà disparu. Au 21 janvier, 34 jours après l'injection, on ouvre l'abcès. Le 5 février, la malade pouvait quitter l'hôpital entièrement guérie.

La gravité de l'infection nous engagea, dans ce cas, d'injecter, outre l'essence de térébenthine, une solution de sublimé dans les veines (d'après Kezmarzky). En tout la malade absorba environ 0,008 milligrammes de sublimé en trois jours du 20 au 24 mars. L'examen bactériologique du sang ne signale rien d'anormal.

OBSERVATION XXIV

M. SWITALSKI. — *Thérapeut. Wochenschrift*, 1895.

P. M. . . , âgée de 28 ans, primipare, 4 jours après l'accouchement, le 15 avril 1895, entre à l'hôpital avec des

symptômes caractéristiques d'infection puerpérale; à l'examen on ne constate aucune altération locale.

Le 17 avril, température 39°, pouls 140, sub-délire, grands frissons répétés, grande faiblesse générale. Le même jour, la malade reçoit une injection de 2 gr. d'essence de térébenthine dans le mollet droit. Quelques heures après on a une réaction locale apparente, œdème et rougeur; on ne constate la fluctuation que le 2 mai, le 3 mai, on incise l'abcès. Le pus est reconnu stérile.

Déjà, quelques jours après l'injection, l'état général s'était amélioré, bien que la fièvre persistât jusqu'au 6 mai.

Le 16 mai, la malade quitte l'hôpital complètement guérie.

Ces trois observations sont suivies des réflexions suivantes émises par M. Switalski :

Tous ces trois cas, bien qu'ils fussent très graves, furent guéris. Le premier, à cause de sa longue durée et de sa ténacité, nous donnait peu d'espoir, malgré la thérapeutique employée. Dans les deux autres cas, l'infection fut si forte que nous nous attendions à les voir succomber et que la guérison nous surprit. Aussi, sommes-nous persuadé que c'est à la méthode de Fochier que nous devons leur guérison. L'injection de sublimé que nous avons employée en désespoir de cause, dans le deuxième cas, ne peut être tenue par nous comme efficace, puisque, dans une autre expérience, nous avons constaté qu'elle reste sans aucune influence sur l'infection. J'ai traité quelques cas de fièvre puerpérale par le sublimé sans aucun succès. Sans nous expliquer comment agit l'abcès de fixation, nous avons acquis la conviction que cette méthode, à cause de son innocuité, et surtout à cause des succès obtenus, mérite d'être adoptée.

OBSERVATION XXV

M. BRANTHOMME, *Revue de Médecine*, 1896

Le 3 février 1894, je suis appelé à donner mes soins à une jeune femme de vingt-trois ans, demeurant à Noailles. Elle

prétend n'avoir eu d'autre maladie dans son bas âge que la rougeole ; elle a déjà eu un enfant, et vient d'accoucher heureusement, quatre jours auparavant. Depuis la veille elle se plaint de frissons, elle accuse dans le membre inférieur gauche une douleur que le doigt localise sur le trajet de la veine fémorale.

On ne sent pourtant pas de cordon dur. Œdème du membre, lochies fétides, température 39°3. En sondant la malade, j'obtiens des urines renfermant une certaine quantité d'albumine. Je porte le diagnostic de phlébite puerpérale et j'institue le traitement par les injections intra-utérines antiseptiques, plusieurs fois répétées dans les vingt-quatre heures. Deux jours après les symptômes s'amendent dans la cuisse gauche, mais la malade ressentait de nouveaux frissons : le ventre était ballonné et sensible ; il y eut même des vomissements muco-bilieux légèrement verts.

Redoutant une péritonite et voulant localiser la maladie, je résolus d'avoir recours aux abcès de fixation. Les injections d'essence de térébenthine ont donné, malgré les quelques précautions que j'ai prises pour ne pas insinuer le liquide sous les aponévroses, des phlegmons profonds sous-aponévrotiques. Malgré cela, après que j'eus ouvert les phlegmons, la fièvre se mit à décroître ; et dès le deuxième jour, les phénomènes abdominaux disparurent, mais en même temps apparurent des crises d'éclampsie, crises de dyspnée d'une violence extrême qui se prolongèrent pendant plusieurs jours et qui ne cédèrent qu'à sept saignées successives de 200 grammes chacune environ, et à des doses énormes de chloral.

La malade, après avoir eu longtemps de l'albumine, se rétablit peu à peu ; et actuellement, elle est dans un état de parfaite santé.

Ainsi l'infection puerpérale qui avait menacé les veines du membre inférieur gauche, puis le péritoine lui-même au moment où elle était encore hésitante, si je puis m'exprimer

ainsi sur la marche qu'elle devait suivre, a été enrayée ou localisée d'une façon absolument précise.

OBSERVATION XXVI

Par le Dr L.-H.-S. MENKO (d'Amsterdam), d'après un rapport au Congrès médical d'Amsterdam. Extrait du *Berliner Klin. Woch.*, février 1899. Traduit par L. THEVENOT, interne des Hôpitaux de Lyon.

Il s'agit d'une femme de 43 ans qui se sentait déjà indisposée au commencement de novembre de l'année précédente. Elle se fatiguait rapidement, manquait d'appétit, avait de la fièvre. Elle fit si peu cas de son état de santé qu'elle continua à sortir en voiture et jugea absolument inutile de recourir aux soins d'un médecin.

Au commencement de décembre l'état s'aggrava, la malade dut s'aliter et je fus appelé par son mari, qui me pria de soigner sa femme, atteinte, à son avis, de l'influenza, qui, à cette époque, s'était montrée de nouveau à Amsterdam.

Dans ma visite du 9 décembre, la malade me dit qu'elle souffrait de la tête et de tous les membres; elle était, en outre, tourmentée par l'insomnie. Elle avait une inappétence complète et une constipation opiniâtre; elle toussait et tous les jours elle était prise de frissons.

Au cours de cet examen, je constatais un fort amaigrissement de la malade que je connaissais depuis plusieurs années; elle était apathique et plus pâle que de coutume. La langue était chargée, le pouls fréquent, la température du soir 39°1. Rien dans la poitrine, rien ailleurs; rien dans les urines. La maladie progressait rapidement; la malade devenait oppressée et toussait constamment; un catarrhe bronchique se développait d'une façon progressive; l'apathie augmentait; la constipation persistait; la température s'élevait constamment.

La constipation, la bronchite diffuse, la perversion des sensations, la température élevée plaidaient en faveur d'une

fièvre typhoïde au début ; l'absence de tuméfaction de la rate, la non existence d'une éruption, l'irrégularité de la température n'étaient pas compatibles, avec l'idée de cette affection.

Bientôt, en effet, il devint évident qu'il s'agissait d'une autre maladie ; la lésion de l'appareil respiratoire diminuait, mais l'articulation scapulo-humérale gauche se tuméfia et devint douloureuse. Le bras était immobile et maintenu en adduction contre le thorax. L'extrémité supérieure du bras gauche était douloureuse à la pression et, de l'articulation, la douleur s'irradiait à tout le membre.

Quelques jours après, l'extrémité supérieure du bras droit fut prise à son tour. La malade était complètement désespérée. La force musculaire avait disparu ; pas de parésie. La sensibilité était normale. Les muscles de l'extrémité supérieure du bras diminuèrent rapidement de volume et l'on vit se développer le tableau d'une paralysie musculaire atrophique. Mon diagnostic était ainsi conçu : névrite infectieuse aiguë, peut-être primitive, vraisemblablement secondaire.

Le 23 décembre, quatorze jours après ma première visite, M. le professeur Pel vit avec moi la malade en consultation. Il partagea mon opinion (qu'il s'agissait d'un cas de névrite infectieuse aiguë) et me fit remarquer la fréquence de la névrite des membres supérieurs dans la fièvre puerpérale.

La maladie était primitive et la névrite une complication ; c'était évident pour moi, vu le mouvement thermique caractéristique, les frissons et l'origine possible de la maladie, car il ne faut pas oublier ce fait que cette femme, peu de temps auparavant était soignée, au point de vue gynécologique, et cela d'une façon absolument contraire aux règles de l'antisepsie. On ne put bientôt plus douter de l'existence d'une infection pyohémique ; la malade devint très oppressée ; à la base droite se déclara une broncho-pneumonie avec un petit exsudat séreux ; le membre inférieur droit se tuméfia, devint douloureux : il se produisit de la stase veineuse, le pli inguinal s'effaça ; bref, il se développa une *phlegmatia alba dolens*. La température du soir était cons-

tamment plus élevée, et atteignait souvent 40°, mais, ce qui indiquait encore plus l'empoisonnement du sang, c'étaient les frissons, véritable fièvre tremblante, qui duraient quelques minutes et imprimaient à tout le corps de violentes secousses. La nuit, la patiente se mit à délirer. En somme il s'agissait d'une infection généralisée, d'origine probablement génitale, étant donné, je puis l'affirmer, l'absence de toute altération pathologique.

La thérapeutique, pendant les premiers jours de la maladie, se borna au repos au lit, diète liquide, enveloppement de Priesnitz et l'emploi de la phénacétine. Plus tard, lorsqu'apparut la névrite, la malade prit du salicylate de soude. Lorsqu'il fut évident qu'il s'agissait d'un cas d'infection pyogène, l'alcool fut prescrit par analogie au traitement par l'alcool dans la fièvre puerpérale, mais à petites doses à cause de la névrite, et de l'influence néfaste bien connue de l'alcool sur les nerfs. Le délire devint plus violent, l'amaigrissement et l'apathie augmentèrent. Chaque soir, le thermomètre atteignait un degré élevé, et chaque jour venaient les frissons, fantôme effroyable pour la pauvre malade qui, instinctivement se cachait sous les couvertures, cherchant à éviter le froid de la fièvre. L'état paraissait désespéré, le pronostic était évidemment très sombre. J'eus alors recours, considérant très vraisemblablement le cas comme perdu, à une méthode qui auparavant, je dois l'avouer, m'avait paru, une production fantaisiste de l'esprit.

J'appliquai la méthode de traitement publiée en 1891, par le docteur Fochier, de Lyon. Elle consiste dans la production de suppuration artificielle par des injections de térébenthine. A cause des abcès provoqués, elle fut appelée par Fochier, abcès de fixation. Le 8 janvier, après avoir désinfecté la peau, j'injectai 2 grammes d'essence de térébenthine dans le mollet gauche. L'injection ne fut pas plus douloureuse que n'importe quelle autre injection sous-cutanée. Cependant une heure après, la malade commença à se plaindre d'une douleur qui devint si violente, si torturante, que je dus faire

une injection sous-cutanée de morphine. Les jours suivants, les douleurs restèrent stationnaires ; elles disparurent par l'emploi de la morphine en injections et en potions.

Trois jours après, la peau devint rouge autour du point injecté ; trois jours après je pus constater de la fluctuation et par une ponction reconnaître l'existence du pus. Le succès fut remarquable. A partir du jour de l'injection, les frissons disparurent, l'amélioration commença. Le délire cessa ; le 16 janvier, je ne trouvai plus rien dans les organes thoraciques. Le pouls qui oscillait auparavant entre 100 et 130 tomba à 80, symptôme objectif si favorable dans l'infection. La température devint bientôt normale. Et quand la malade eut retrouvé l'appétit et le sommeil, elle put alors se considérer comme déjà complètement guérie. L'évolution de la maladie ne devait, cependant, pas être aussi favorable. Qu'arriva-t-il donc ? L'abcès, de la grosseur d'un œuf de pigeon, diminua de volume ; le pied gauche jusqu'alors œdématié et douloureux, retrouva ses mouvements ; la rougeur de la peau et la fluctuation disparurent. Une semaine après, on ne pouvait plus trouver trace de suppuration. Le 19 janvier, la température remonta à 40°, elle redevint normale le lendemain, pour remonter encore les jours suivants. Dans la nuit du 24 au 25 janvier, un frisson apparut. Ce fut pour moi le motif qui me fit provoquer à nouveau des abcès artificiels ; j'injectai le 25 janvier, après avoir fait une piqûre de morphine, 2 grammes d'essence de térébenthine, mais sous l'insertion du deltoïde gauche. La première fois j'avais évité cette place à cause de la névrite, bien qu'elle soit, avec l'hypogastre et les parties latérales du tronc, le lieu d'élection des injections ; en ces points, en effet, le pus est sous faible tension. La douleur fut moindre que celle des premières injections. Le lendemain déjà, la peau était chaude et rouge, une tuméfaction significative se produisit au point piqué. La tuméfaction atteignit le volume du poing et la fluctuation se montra bientôt.

Cette fois le succès fut franchement étonnant. Pendant

quelques jours encore la température resta élevée; à partir du 30 janvier elle fut constamment normale, maintenant même elle est descendue un peu au-dessous de la normale. Le pouls reprit sa fréquence ordinaire; l'appétit fut meilleur, l'insomnie disparut, les forces revinrent.

Bientôt la malade put quitter le lit et reprendre sa vie habituelle. Les articulations sont redevenues mobiles, les muscles augmentent de volume et, par l'électricité et le massage, j'espère triompher des suites de l'inflammation des nerfs.

OBSERVATION XXVII

Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé A. POLLOSSON

V..., Léontine, âgée de 31 ans.

Le 4 avril 1897. — Accouchement normal et à terme. Le lendemain de l'accouchement elle a des frissons et un délire intenses.

Le 8. — Elle est transportée à l'infirmierie de la Maternité de la Charité. Lavage intra-utérin au sublimé à 1/4000 puis à l'eau salée, bouillie et chaude. On examine la malade et l'on constate que la délivrance est complète.

Le délire cesse au bout de quelques jours, mais la température persiste et présente de grandes oscillations thermiques.

2 juin. — On fait deux injections sous-cutanées d'essence de térébenthine.

Le 8. — Deux jours après les piqûres la température baisse. Les abcès se collectent bien. La malade est complètement soulagée. La température reste fixe à la normale.

Le 22. — La malade quitte l'hôpital complètement guérie.

OBSERVATION XXVIII

M. A. POLLOSSON

P..., Philiberte, 30 ans. Après un retard d'un mois et demi, les règles apparaissent le 3 avril. Elles dureraient depuis deux jours lorsque la malade prétend s'être mouillée les pieds ; alors eut lieu une hémorrhagie abondante qui a duré jusqu'à son entrée à l'infirmierie de la Maternité de la Charité.

A son arrivée, le 5 avril 1897, la malade est dans un état indescriptible. On la délivre. Son état s'aggrave de jour en jour, la malade est exsangue, oppressée, le pouls est incomptable, la température atteint 40°.

Le 8. — Deux injections sous-cutanées d'essence de térébenthine, l'une à la cuisse droite, l'autre au bras du même côté. Le soir température 40°5. A partir de ce moment, la fièvre décroît.

Le 12. — Température 37°4. Les abcès fluctuent.

Le 18. — Ouverture de l'abcès de la cuisse qui s'est étendu jusqu'à 4 travers de doigt au-dessus de la rotule.

Le 19. — Ouverture du deuxième abcès. L'état général est bon.

23 mai. — La patiente quitte l'hôpital, l'état général est des meilleurs.

OBSERVATION XXIX

M. A. POLLOSSON

T..., Agathe, 21 ans, accouche à terme à la Maternité de la Charité le 10 avril 1898. Avant l'accouchement elle n'a ressenti aucun malaise, sauf un peu de toux. Peu après l'accouchement elle est prise de douleurs abdominales intermittentes, le ventre est douloureux au plus léger contact, vomissements, céphalalgie. Au toucher, on reconnaît l'inser-

tion placentaire sur la face antérieure; rien autre. La température oscille entre 38° et 39°. Le pouls entre 120 et 130. Vessie de glace sur le ventre, quinine, drain intra-utérin, deux injections sous-cutanées d'essence de térébenthine.

Le 25. — Les douleurs abdominales disparaissent. Le ventre est souple, la température baisse en lysis. On incise les abcès de fixation.

Le 30. — La température est à la normale.

24 mai. — La malade part guérie.

OBSERVATION XXX

M. A. POLLOSSON

B..., Françoise, âgée de 39 ans, a une fausse couche de 4 mois. Le 11 mai 1898, la malade entre à l'infirmerie de la Maternité de la Charité. A son entrée elle a une hémorrhagie abondante. La température est à 39°6. A l'instant même on fait la délivrance artificielle; le placenta, qui occupe la portion supérieure de la face antérieure de l'utérus se détache difficilement; l'utérus ne revient pas sur lui-même; lavage iodé; tamponnement vaginal.

Le 15 mai. — La température oscille depuis son entrée, entre 37°8, le matin, et 40°4, le soir. On fait deux injections sous-cutanées d'essence de térébenthine. Le lendemain chute brusque de la température. Les abcès prennent.

Le 24. — La malade est guérie. On incise les abcès.

Le 23 juin. — Depuis trois semaines l'état général est excellent. La patiente quitte l'hôpital.

OBSERVATION XXXI

M. A. POLLOSSON

Ch..., M, 22 ans. Accouche en ville le 10 avril 1899. Entre à l'infirmerie de la maternité de la Charité le 11.

A son entrée, le thermomètre marque 39°5. La délivrance était complète. Les lochies sont très fétides. Lavage intra-utérin au permanganate de potasse et au sublimé à 1/4000 pendant 13 jours.

Le 20. — La malade a des douleurs et un peu de gonflement périarticulaire au niveau du coude et du genou droit. On pratique deux injections d'essence de térébenthine.

Le 24. — L'œdème du genou et du coude augmente et on perçoit de la fluctuation. L'état général s'améliore,

Le 25. — Incision du gonflement siégeant au genou, il s'écoule du pus.

1^{er} mai. — Incision de l'abcès du coude. Les abcès de fixations n'ont pas pris.

Le 10. — La malade va bien.

Le 1^{er} juillet. — Elle quitte l'hôpital.

OBSERVATION XXXII

Céline J..., primipare, 17 ans, culottière, entre à la clinique le 3 décembre 1893,

Rien à signaler comme antécédents héréditaires. Dans son enfance a eu la fièvre typhoïde qui lui a laissé une surdité complète.

Dernière apparition des règles le 6 mars 1893.

Pas de rachitisme. L'évolution de la grossesse a été normale. Pas d'albumine dans les urines. Début des douleurs le 1^{er} décembre. La terminaison de l'accouchement se fait le 3 décembre sans aucun accident pendant le travail. L'enfant est vivant et bien portant. La délivrance naturelle, 45 minutes après.

Le lendemain de l'accouchement, la température est à 39°2, le matin et 40° le soir. Il n'y a pas eu de frisson bien net ; la malade accuse seulement une sensation de chaleur. Elle tousse un peu. On ordonne du sulfate de quinine, 0,50 centig.

Le 5. — **Même état**, cependant la malade accuserait plutôt du mieux ; température $40^{\circ}5$, le matin, $38^{\circ}8$ le soir. A l'auscultation, râles sibilants et ronflants disséminés dans les deux poumons. Le pouls est à 120. Douleur très vive à la pression au niveau des fosses iliaques et de l'hypogastre ; un purgatif diminue la douleur.

Le 6. — Injection intra-utérine qui ramène quelques débris placentaires ; la douleur semble se localiser à gauche de l'abdomen. La bronchite persiste.

Le 7. — La malade passe à l'infirmierie de la clinique ; la température oscille entre 39° et 40° . On fait trois injections vaginales par jour, langue humide, faciès assez bon.

Le 8. — Température 40° , pouls élevé, injection intra-utérine.

Le 9. — Le soir T. $40^{\circ}4$; on pratique deux injections d'essence de térébenthine, l'une au niveau de l'empreinte deltoïdienne gauche, l'autre dans le flanc du même côté. Les douleurs hypogastriques se sont cantonnées vers la fosse iliaque gauche.

Le 11. — Etat général bon. L'injection qui siège vers l'empreinte deltoïdienne amène une vive réaction, la seconde ne présente rien de spécial, car faite sur l'emplacement d'un vésicatoire, la phlyctène voile les phénomènes réactionnels de l'injection.

Le 13 et 14. — La température tend à baisser. La malade se trouve bien.

Le 15. — Incision de l'abcès brachial, la température de $37^{\circ}8$ monte brusquement à $40^{\circ}4$. L'exploration vaginale décèle une collection dure, inflammatoire, anté-utérine.

Le 19. — On ouvre le second abcès de fixation ; la température oscille entre 39° et 40° .

Le 27. — La température présente une oscillation régulière d'un degré environ, maximum le soir. L'état général de la

malade semble baisser, elle pâlit et maigrit, mais elle ne se plaint nullement.

5 janvier. — La température, quoique oscillant et toujours élevée, tend plutôt à baisser. Au toucher, la collection volumineuse, dure, anté-utérine, présente un point plus mou en avant.

Le 14. — La température baisse en lysis.

Le 27. — La défervescence est complète ; après avoir paru se faire vers le 14, la température était remontée sans autres phénomènes.

11 février. — La malade sort en bon état. Elle a toujours une masse inflammatoire très dure en avant de l'utérus.

OBSERVATION XXXIII

D... Julie, 21 ans, primipare. Entre à la clinique d'accouchement de la Charité le 19 février 1894.

3 mars. — Accouchement normal. Elle a eu une poussée fébrile 14 jours après l'accouchement, ce même jour expulsion de lambeaux membraneux.

Le 27. — Violent frisson. Elle est transportée à l'infirmerie le 30 mars. A l'examen on constate une salpingite très douloureuse de la grosseur d'un œuf de dinde. Utérus bien revenu, petit. La malade éprouve de violents points de côté. Sa température prend un type à grandes oscillations avec 40° le soir et 38° le matin. Le pouls oscille entre 120 et 140. Au sommet droit, on a une multitude de râles fins après la toux et des frottements pleurétiques à la base en arrière.

17 avril. — On fait une piqûre d'essence de térébenthine.

Le 18. — Une seconde piqûre d'essence de térébenthine.

Le 19. — Les piqûres s'abcèdent bien. La température s'abaisse.

Le 29. — La température oscille entre 37° 7 et 38° 2. Le pouls est normal. L'état général est bon.

13 mai. — La température est à la normale. Les signes thoraciques ont disparu. La malade est convalescente. Elle quitte l'hôpital le 26 mai.

OBSERVATION XXXIV

M..., Mariette, 25 ans. Entre à la clinique d'accouchement de la Charité le 18 novembre 1897.

La grossesse a été assez pénible. La malade toussait et vomissait.

Le 19. — Accouchement normal.

Le 21. — La malade est prise d'un frisson, de fièvre. Son pouls est petit et rapide, sa respiration fréquente. Les lochies sont fétides.

Le 22. — On fait une injection de térébenthine au bras gauche. Une injection intra-utérine d'abord au sublimé, puis à la solution iodo-iodurée (3 0/00). Le soir température à 40° 9.

Les 23, 24 et 25. — Etat stationnaire. La température oscille entre 39° les matins et 40° 5 les soirs. Le pouls petit à 136. Respiration entre 40 et 44 à la minute.

Le 25. — On pratique une injection d'essence de térébenthine au flanc gauche.

Le 26 et 27. — Même état.

Le 28. — Température 40° 2, pouls 142, respiration 42. Troisième injection de térébenthine au flanc droit.

1^{er} décembre. — La malade semble aller mieux, la température et le pouls baissent, ainsi que les autres symptômes.

Le 9. — Incision de l'abcès du bras, qui avait été poussé profondément et déterminé une contraction passagère du biceps.

Le 10. — Frisson, le pouls rapide, respiration 44. 4^e injection d'essence de térébenthine à la cuisse.

Le 11. — Tous les abcès phlegmonent. L'état de la malade s'améliore.

Le 17. — La température baisse lentement. La dyspnée a disparu. Pouls normal.

Le 18. — L'abcès de la cuisse n'a pas été fait conformément aux règles, il était très superficiel, formé de quatre bourbillons. On incise séparément les quatre bourbillons.

Le 25. — Incision de l'abcès du flanc droit. Il sort un flot de pus et de tissu cellulaire sphacélé. L'état général est bon.

Le 28. — Ouverture de l'abcès du flanc gauche, il s'en échappe une grande quantité de pus et de matières mortifiées, en même temps il se déclare une hémorrhagie en nappe qu'on arrête en cautérisant et tamponnant la cavité.

1^{er} Janvier. — Chute définitive de la température.

Les abcès se cicatrisent au bout de 15 jours. La malade est bien rétablie. Les organes génitaux sont sains. Elle quitte le service le 20 janvier 1898.

OBSERVATION XXXV

D..., Louise, 20 ans, domestique. Entre à la clinique d'accouchement de la Charité, le 4 janvier 1898. Accouchement le même jour. Rétention du placenta pendant 4 heures, délivrance artificielle. Le soir, même température 38° 4. Lavage intra-utérin à l'iode.

Le 6. — Température 40°, 1, pouls 124, respiration 24. Douleurs abdominales généralisées, mais plus accusées à gauche. La malade ne vomit pas, le ventre est légèrement ballonné. Au toucher, les culs-de-sac sont libres, non douloureux. Les lochies sont fétides. Purgatif. Lavage intra-utérin. Injection d'essence de térébenthine au flanc droit.

Le 7. — Même état qu'hier. Au niveau de la piqure térébenthinée on a une légère tuméfaction, mais pas de fluctua-

tion. Les lochies sont toujours fétides. La douleur abdominale paraît diminuer. Nouvelle injection d'essence de térébenthine au flanc gauche.

Le 8. — Temp. 40°, pouls 120, respiration 30 par minute. Rien de particulier au niveau des piqûres. Pendant la nuit, diarrhée abondante.

Le 10. — La malade a l'air calme. La 2^e piqure est douloureuse, au niveau de la 1^{re} piqûre aucune réaction. La diarrhée persiste. On a fait jusqu'à ce jour deux injections intra-utérines de permanganate de potasse, par jour.

Le 11. — Température 40°,2, pouls 120, respiration 44 par minute. Au niveau de la deuxième piqûre on sent une induration profonde, non fluctuante.

Le 14. — On note une fluctuation sous-épidermique au niveau de la première piqûre. Température 38° le matin, 39° le soir, pouls 100. La malade est toujours calme.

Le 17. — Incision de l'abcès droit, car il menaçait de s'ouvrir spontanément.

Le 22. — Pendant les quatre jours précédents, la température oscillait entre 37° 7, et 39° 2. Dès le début et pendant toute la durée de l'affection, la malade a présenté, au niveau de la vulve, des lésions d'aspect diphthéroïde, dégageant une très mauvaise odeur. On constate un abcès de la fosse iliaque gauche et un au niveau de la région vulvo-périnéale ; incision et drainage du premier, et simple incision du deuxième.

Le 24. — Pas de fluctuation au niveau de la deuxième piqûre. Troisième injection d'essence de térébenthine à la cuisse gauche.

Le 26. — Température 40° 7, pouls 120. Battement du cœur faible. On fait examiner la malade par M. le professeur agrégé Weil : la pointe du cœur bat dans le cinquième espace sur la ligne mamelonnaire. La matité cardiaque est augmentée. La paroi précordiale n'est pas soulevée. L'impulsion cardiaque faible. Bruits du cœur faibles, un peu sourds, régu-

liers. Dans toute la région précordiale et particulièrement tout le long du sternum on entend un souffle systolique assez doux avec maximum en dedans de la pointe; il ne se propage ni dans l'aisselle, ni dans les vaisseaux du cou. La pression à l'aide du stéthoscope, au niveau de la région de l'infundibulum, fait naître un va-et-vient, des frottements péricardiques très limités.

Du 26 au 31. — La température oscille entre 39° 4, et 41°. Etat général très mauvais. Les signes de péri-endocardite persistent. La malade délire.

Le 3. — Quatrième injection d'essence de térébenthine au bras gauche.

Le 6. — Les trois jours précédents la température oscillait entre 40° 4, et 40° 8, le pouls de 120 à 130, la respiration entre 40 et 58. La malade délirait ; ce matin la température est à 38° 8. L'état général très mauvais. On entend des râles sous-crépitants dans toute la hauteur des deux poumons. Le soir température 40° 6, pouls 120. Au niveau de l'abcès abdominal et de celui de l'épaule on sent une fluctuation bien nette.

Le 10. — La température présente de grandes oscillations, cependant elle baisse progressivement tous les jours.

Le 13. — Chute de la température. Les deux abcès phlegmonent bien.

Le 25. — Depuis le 19 au soir le thermomètre dépasse 39°. On cherche une localisation pour expliquer cette ascension thermique, mais on ne trouve pas.

Le 26. — Chute définitive de la température. On n'entend plus rien d'anormal ni au cœur, ni aux poumons. Les abcès, spontanés, iliaque et vulvaire sont cicatrisés. L'abcès provoqué de la cuisse phlegmone.

Le 12 mars. — Depuis le 27 février, la température est normale. L'état général s'est amélioré. Ouverture des trois abcès de fixation.

Le 24. — Les abcès sont cicatrisés. Etat général excellent
La femme sort de l'hôpital complètement guérie.

OBSERVATION XXXVI

B... Madeleine, multipare. Entre à la clinique d'accouchement de la Charité, le 5 janvier 1898.

La gestante a été examinée chez elle par une sage-femme anonyme.

Le jour même de l'entrée, accouchement. Les urines contiennent de l'albuminé. Quelques heures après l'accouchement, la température monte à 38°2. Malgré les lavages intra-utérins et les purgatifs, le thermomètre monte le quatrième jour après l'accouchement à 39°7, le pouls à 116.

Le 8. — Le matin, elle a eu un grand frisson. On fait une injection d'essence de térébenthine. Quelques heures après, on a une vive réaction au niveau de la piqure.

Le 10. — La température tombe. L'abcès phlegmone bien.

Le 15. — La température est à la normale. La malade est en pleine convalescence.

Le 19. — Incision de l'abcès.

Le 25. — La malade quitte l'hôpital. L'abcès n'est pas entièrement cicatrisé.

OBSERVATION XXXVII

F..., F., accouche à la clinique d'accouchement de la Charité le 8 février 1898.

Le 14. — 6 jours après l'accouchement, la malade est prise d'un violent frisson suivi d'une température de 39°8.

Le 15. — La température est à 40°. Injection intra-utérine à l'iode, purgatif.

Le 26. — A partir du 16, malgré les lavages intra-utérins, répétés deux fois par jour et les piqures de bromhydrate de

quinine, les frissons se répètent tous les jours; la température oscille entre 38° le matin et 41° le soir.

Aujourd'hui on pratique une injection d'essence de térébenthine. On continue les injections intra-utérines.

Le 1^{er} mars. — Même état. Deuxième injection d'essence de térébenthine.

Le 3. — Pas d'amélioration. A partir du 26, la température oscille entre 39° et 41°2. Troisième piqûre d'essence de térébenthine.

Le 4. — Après une vive douleur, on constate, au niveau de la deuxième piqûre un véritable phlegmon. La température tombe. La malade se sent mieux.

Le 9. — Depuis quatre jours, la température oscille entre 37° le matin et 39° le soir. La malade a eu des sensations de froid, mais non de véritables frissons. Elle se plaint de maux de tête. Les deux premières piqûres phlegmonent. L'utérus a subi une involution complète.

Le 17. — La température a de la tendance à tomber. Le phlegmon provoqué à l'épaule s'est resorbé peu à peu.

Le 26. — La température est à la normale. L'état général est bon. Les abcès n'ont pas de tendance à s'ouvrir.

7 avril. — La patiente quitte l'hôpital, ses abcès n'ont pas été ouverts.

OBSERVATION XXXVIII

V..., Claudine, 21 ans, multipare. Entre à la clinique d'accouchement de la Charité le 19 février 1898.

Le jour même de l'entrée, accouchement normal.

Le 23, au soir, elle fut prise d'un violent frisson.

Le 24. — La température s'éleva à 40° 5, le pouls à 124. Les lochies sont fétides. Purgatif. Injection intra-utérine à l'iode.

Les 25 et 26. — Malgré les lavages intra-utérins au per-

manganate de potasse, les purgatifs, etc, l'état de la malade reste mauvais. Le faciès est terreux. Température élevée, pouls accéléré.

Le 27. — Injection d'essence de térébenthine.

1^{er} mars. — Il existe, au niveau de la piqûre une tuméfaction très apparente, mais sans fluctuation. On pratique un second abcès.

Le 6. — Après quelques grandes oscillations la température tombe à la normale. La malade présente un bon aspect général : elle ne souffre pas.

On constate, au niveau de la seconde piqûre, une induration, mais elle est plus petite que celle de la première.

Le 15. — La patiente est entièrement rétablie. Les abcès ne sont pas ouverts. Elle quitte l'hôpital.

Le 21. — Elle revient pour se faire inciser le 1^{er} abcès qui s'est bien collecté. Le second, après s'être collecté s'est résorbé.

OBSERVATION XXXIX

La nommée V..., Philomène, âgée de 30 ans, ménagère, entre à l'infirmerie de la clinique de la Charité le 26 mai 1898.

Deux grossesses et couches antérieures excellentes.

Sa dernière grossesse (la troisième) remonte à novembre 1897. Elle évolua sans accidents jusqu'à sept mois et demi. Le 17 mai 1898, elle fit une petite chute. Le 23, alors qu'elle était tranquillement assise devant sa table, dans sa cuisine, elle fut prise brusquement d'une hémorrhagie très abondante, survenant sans douleurs. Elle raconte que le médecin, appelé, la fit coucher et extrait la délivrance par morceaux, puis l'enfant qui fut extrait dernier par les pieds.

Dans la nuit du 24 au 25, elle fut prise de douleurs

abdominales très intenses. Le 25, on lui fit un lavage intra-utérin et une injection de morphine.

Le 26 au matin, elle entre à la Charité.

A l'entrée, l'état général est assez grave, le pouls rapide. Les lochies, au dire de la malade, ne sont pas fétides. Le ventre est ballonné et douloureux. La langue est un peu saburrale. T. : 38°5.

Le soir de l'entrée : lavage intra-utérin au sublimé, puis au permanganate de potasse. Le liquide sort trouble et fétide.

Le 27 mai. — La température est montée le soir à 40°2, sans frisson. Le ventre est toujours douloureux et ballonné. Un purgatif amène des selles. Les lochies ne sont pas fétides. Pas de lavage intra-utérin.

Le 28. — Injection de 1 cc. d'essence de térébenthine au niveau du flanc gauche. Le soir, la malade accuse de la douleur à son niveau. La température n'a pas remonté. Les lochies sont toujours inodores.

Le 31. — Deuxième injection de térébenthine au ventre du côté droit.

6 juin. — L'examen vaginal permet de constater l'induration des deux ligaments larges.

Troisième injection à l'empreinte deltoïdienne gauche.

Le 9. — M. le professeur Fochier confirme le diagnostic de l'induration des deux ligaments larges, surtout du gauche, dû vraisemblablement à une phlébite des veines utérines. Apparition des signes de phlébite du membre inférieur gauche.

Quatrième injection de térébenthine au ventre à gauche.

Le 13. — Le membre inférieur gauche présente un énorme œdème. Début de phlébite nette au membre inférieur droit.

Le 20. — La phlébite du membre inférieur droit est complètement développée. Elle est aussi considérable qu'à gauche, 5^e injection de térébenthine au ventre à droite.

Le 22. — Injection sous-cutanée de 0,30 centigr. de bromhydrate de quinine. Les deux dernières injections de téré-

benthine ont déterminé des abcès. Etat général assez bon. La malade mange et boit.

2 juillet. — Sixième injection de térébenthine qui détermine un abcès au ventre à droite. La malade a eu encore un frisson.

Apparition d'un point de côté très douloureux à droite. Embolie pulmonaire.

Le 6. — Le point de côté persiste.

Le 7. — Ouverture de l'abcès de fixation.

Le 10. — Apparition d'une éruption sur le dos, le front, le thorax. Ce sont des boutons rouges présentant à leur sommet une vésicule purulente.

Le 16. — Les boutons s'affaissent, les vésicules se dessèchent.

Le 20. — Au toucher vaginal, à gauche, la base du ligament large est souple. Le sommet le paraît aussi. A droite, la base et le sommet du ligament large sont également souples. Aux membres inférieurs, disparition à peu près complète de l'œdème sauf à gauche où il persiste à la racine de la cuisse et dans le domaine de l'obturatrice.

Aux poumons : à droite on constate seulement quelques légers frottements et de la suppression du murmure vésiculaire, vers la ligne axillaire. Etat général bon.

1^{er} août. — La malade se lève.

Le 7 août. — La malade sort de l'hôpital.

13 octobre. — La malade est revue neuf semaines après sa sortie et, après un séjour d'une semaine à la campagne, elle a repris ses occupations et vaque à tous les soins du ménage qu'elle fait seule.

Pendant les huit premiers jours elle éprouvait encore des douleurs dans les membres inférieurs. Actuellement ce n'est qu'à la fin de la journée qu'elle éprouve un peu de pesanteur dans le mollet gauche. Lorsqu'elle est un peu fatiguée, elle a le soir un léger œdème des malléoles dominant à gauche.

Elle peut faire sans grande fatigue une marche de deux heures (N'a jamais été bonne marcheuse).

Il n'existe aucune raideur articulaire.

Pas de troubles trophiques. Il ne persiste aucun signe pulmonaire. Jamais de point de côté, ni de dyspnée. Elle a éprouvé quelques palpitations cardiaques pendant 4 à 5 jours après sa rentrée chez elle, mais ces phénomènes ont été très passagers et ont complètement disparu depuis. L'appétit est excellent.

OBSERVATION XL

J...; Marie, primipare, 19 ans, couturière. Entre à la clinique d'accouchement de la Charité le 12 juillet 1898.

13 juillet. — Accouchement. Forceps dans l'excavation. Déchirure et suture immédiate du périnée. Délivrance artificielle. Injection intra-utérine à l'iode.

Deux jours après l'accouchement la température s'élève à 39° 2, le pouls à 120. Etat général mauvais. On fait une injection intra-utérine.

Le 16. — Température 38° 6, le matin; pouls 128. On fait une piqûre d'essence de térébenthine au flanc droit.

Le 17. — Même état.

Le 18. — Deuxième injection d'essence de térébenthine au flanc gauche. Au niveau de la première piqûre existe un empâtement douloureux et un peu de rougeur de la peau. Les lavages ramènent de nombreux débris placentaires.

Le 19 et 20. — La malade se sent bien. La température commence à baisser, le pouls 90.

Le 21. — Etat général meilleur. La température continue à baisser. On ne fait que des lavages vaginaux. Au niveau de la première piqûre l'empâtement augmente, la douleur est moins vive, pas de fluctuation. Au niveau de la deuxième piqûre on sent un empâtement douloureux, mais il est moins marqué que ne l'était celui du côté droit le 18.

Le 23. — L'état général continue à s'améliorer, cependant l'appétit manque. La langue est sale. Température $37^{\circ} 3$, pouls normal. On continue les lavages vaginaux. Au niveau de la piqûre droite existe une saillie notable ; l'empâtement a 8 centim. de diamètre environ. Au niveau de sa partie centrale, correspondant au point de la piqûre, on sent un peu de fluctuation. Du côté gauche, l'empâtement est moins considérable, mais il est plus diffus. On sent également un peu de fluctuation au niveau de la piqûre.

Le 30. — Depuis le 23 la température oscille entre 37° le matin et $37^{\circ} 8$ le soir. Les abcès fluctuent bien.

L'état général est très bon.

2 août. — Ouverture des abcès.

A l'incision de l'abcès droit il s'écoule 250 gr. de pus environ mêlé avec des débris de tissu cellulaire sphacélé ; il sent l'essence de térébenthine.

A l'incision de celui de côté gauche il s'écoule 200 gr. de pus environ présentant le même aspect.

Le 6. — Santé excellente. L'appétit est bon.

OBSERVATION XLI

V..., Marie, entrée à la clinique d'accouchement de la Charité, la nuit du 23 août 1898, et ayant, dit-elle, fait les eaux depuis 12 heures.

Le 25. — Accouchement normal. Le placenta paraît complet et les membranes aussi. Le soir même, la température monte à 38° .

Le 26. — Température 39° , pouls 110. Lochies fétides. Lavage intra-utérin à l'iode.

Le 27. — La malade est transportée à l'infirmerie. L'état général paraît mauvais. La malade est pâle, le faciès terreux. Température 39° , pouls 120. Les lochies sont toujours fétides et chaque lavage vaginal ramène de nombreux débris. Lavage intra-utérin.

Le 29. — Même état. La température et le pouls augmentent. Lavage intra-utérin. On pratique une injection d'essence de térébenthine à l'empreinte deltoïdienne gauche.

Le 30. — Pas d'amélioration. Lavage intra-utérin. 2^e injection d'essence de térébenthine à l'empreinte deltoïdienne droite.

Le 31. — 3^e injection d'essence de térébenthine au flanc droit. La malade éprouve quelques douleurs au niveau des deux premières piqûres.

1^{er} septembre. — Un lavage intra-utérin à l'iode ramène de très nombreux débris, très fétides : les uns petits, les autres plus volumineux. Quatrième piqûre d'essence de térébenthine au flanc gauche.

Le 3. — Le pouls est normal. La température tend à tomber, mais surtout l'état général paraît bien meilleur. Il existe de l'induration douloureuse au niveau des piqûres des flancs. Au niveau des piqûres de l'épaule gauche et droite, on constate une induration étendue avec rougeur diffuse, très douloureuse.

Le 7. — On évacue le contenu de l'abcès de l'épaule gauche, qui s'était ouvert spontanément et qui paraît être la cause de l'élévation de la température.

Le 14. — La température monte depuis deux jours. La malade se plaint des douleurs des deux abcès de la paroi abdominales ; ceux-ci sont le siège d'une fluctuation bien nette.

Le 20. — Les oscillations de la température paraissent être dues exclusivement aux abcès des flancs qui sont très douloureux, celui du côté gauche surtout. L'abcès de l'épaule gauche est guéri ; celui de la droite s'est résorbé. L'appétit est modéré. L'état général est bon.

Le 28. — On ouvre les deux abcès de la paroi abdominale, il s'écoule une quantité considérable de pus sentant la térébenthine.

Le 29. — La température est à la normale.

7 octobre. — L'état de la malade s'est relevé beaucoup jusqu'à ces derniers jours et continue à être très satisfaisant, bien que la température se soit un peu relevée depuis le 5. On vide les abcès abdominaux par expression, car on suppose que le peu de température est dû à la rétention du pus.

Le 14. — La température s'est relevée depuis 4 jours, elle présente de grandes oscillations. Les abcès de la paroi abdominale ne donnent presque plus ; ce n'est donc pas à eux qu'est due la température. La malade se plaint bien d'un point de côté gauche, mais à l'examen des poumons, on ne constate rien d'anormal. L'utérus est en subinvolution, mobile, non douloureux. Les ligaments larges, gauche et droit, sont d'une souplesse absolue. La trompe droite est douloureuse et un peu augmentée de volume.

Le 17. — La température est toujours élevée, à grandes oscillations. On provoque un cinquième abcès de fixation.

Le 21. — La température tombe à la normale. Au niveau de la dernière piqûre, on a une fluctuation nette.

Le 30. — La malade est guérie. L'abcès se résorbe. La trompe n'est plus ni indurée, ni douloureuse.

9 novembre. — La malade est en parfaite santé. Elle quitte l'hôpital.

OBSERVATION XLII

M..., Victorine, accouche à la clinique de la Charité, le 23 septembre 1898. La malade arrive de dehors, elle n'est pas à terme, à 7 mois et 3 semaines environ. Elle a été examinée entièrement deux fois aux expectantes, la malade étant venue, se plaignait d'hémorrhagies, mais on n'a constaté rien de spécial.

Accouchement simple, le placenta paraissait complet. Le jour même, le soir, la température monte à 39°5, le pouls à 115. Purgatif et lavage intra-utérin à l'iode.

Le 24 septembre. — T° 40°. P. 120. Nouvelle injection intra-utérine.

Le 25. — Même état. On fait une injection d'essence de térébenthine au flanc gauche.

Le 27. — Après une amélioration passagère, le soir la température remonte de nouveau à 40°, le pouls à 124. Deuxième piqûre d'essence de térébenthine au flanc droit.

Au niveau de la première piqûre, on a une rougeur et une tuméfaction douloureuse, mais pas de fluctuation. Un lavage intra-utérin au permanganate de potasse à 1/500 ramène des débris placentaires.

1^{er} octobre. — Depuis le 27 septembre, la température avait plutôt de la tendance à tomber, aussi a-t-on supprimé les lavages intra-utérins. Mais, ce soir, la température s'est relevée à 40°4, le pouls à 128; on fait une injection intra-utérine à l'iodé et une piqûre de térébenthine à l'épaule gauche. La piqûre du flanc droit phlegmone bien; elle menace de s'ouvrir spontanément.

Le 3. — La température oscille entre 39° et 40°, le pouls à 124. On fait une quatrième piqûre à l'épaule droite.

Le 4. — Incision de l'abcès du flanc droit. La piqûre de l'épaule gauche est le siège d'une vive douleur.

Le 7. — Incision de l'abcès du flanc gauche.

Le 10. — La température et le pouls sont normaux. L'état général est bon. L'abcès de l'épaule gauche se résorbe; celui du bras droit se collecte.

Le 15. — Ouverture de l'abcès du bras droit; il s'écoule un peu de sérosité, qui ne contient pas de pus.

Le 18. — Les abcès de la paroi abdominale sont presque guéris; celui de l'épaule gauche s'est entièrement résorbé. L'état général est très bon.

Le 23. — La malade est complètement remise, elle quitte l'hôpital.

OBSERVATION XLIII

C... Victorine, 30 ans, multipare. Entre à la salle des expectantes de la Charité le 26 septembre 1898.

Le 3 octobre. — Accouchement normal. Le lendemain, la malade est prise d'un grand frisson.

Le 5. — La malade est transportée à l'infirmerie. T° 39°4, le matin. Injection intra utérine à l'iode ; le liquide sort très sale, les lochies sont très fétides. On pratique une injection d'essence de térébenthine au flanc droit.

Le 6. — Même état, deuxième injection d'essence de térébenthine au flanc gauche. Lavage intra-utérin au sublimé.

Le 7. — La malade se plaint de vives douleurs siégeant au niveau des piqûres ; en effet on y constate une tuméfaction rouge et douloureuse.

Le 9. — Les abcès phlegmonent bien. Etat général meilleur.

Le 15. — La malade présente sur les fesses et sur le dos, une éruption pseudo-furonculeuse, n'intéressant que l'épiderme.

Le 18. — La malade est en pleine convalescence. Les abcès ne sont pas entièrement cicatrisés.

Le 28. — Les abcès sont cicatrisés. La patiente quitte l'hôpital en pleine santé.

OBSERVATION XLIV

F..., Marie, multipare.

Le 2 septembre. — Rupture prématurée de la poche des eaux.

Le 3. — Accouchement simple fait par une sage-femme. Délivrance naturelle et complète. La malade a été soignée

chez elle pendant deux semaines par M. le Dr Bérard. Dès le second jour de l'accouchement la température est à 38°5. Malgré les purgatifs, les lavages intra-utérins et les nombreux lavages vaginaux, la température persiste. La malade n'a pas eu de pertes blanches, les lochies avaient été sans odeur.

Le 18. — La T° est à 39° le soir. Depuis quelques jours, il y a, dans le ligament large gauche, une zone empâtée et très douloureuse.

Le 26. — La malade entre à l'infirmierie de la Charité. T° 38°4, le matin, 39°2, le soir.

Le 27. — Lavage intra-utérin au permanganate de potasse. La zone empâtée du ligament large gauche est très douloureuse. On fait une injection de térébenthine au flanc gauche.

Le 28. — Lavage. T° 38° le matin, 38°7 le soir.

Le 30. — La malade ne souffre pas. Etat général assez bon. La température étant peu élevée on supprime tout traitement intra-utérin ou autre.

5 octobre. — Depuis deux jours, la malade sent des douleurs à gauche, et le lendemain la température oscille à 39° ; aussi, aujourd'hui on fait une injection d'essence de térébenthine au flanc gauche.

Le 8. — Les deux jours précédents, la température oscillait entre 38° et 39°. Ce matin, elle est de 37° 6. Au niveau des piqûres, la fluctuation est bien nette.

Le 10. — L'empâtement du ligament large gauche a beaucoup diminué ; il est plus souple, il n'y a aucune tendance à la suppuration.

Le 15. — Depuis le 12, la température est à la normale. Ouverture de deux abcès.

Le 18. — La masse inflammatoire du ligament large gauche continue à diminuer, elle n'est plus du tout douloureuse ; elle est actuellement du volume d'une noix verte. A la pression de l'abcès droit s'écoule encore un peu de pus roussâtre. L'abcès gauche donne un peu plus de pus, mais moins

roussâtre, et en même temps que lui, s'éliminent des grumeaux et de gros débris de tissu cellulaire sphacélé.

Le 23. — L'empâtement a complètement disparu. Les abcès sont entièrement cicatrisés. La malade est complètement guérie, elle quitte l'hôpital.

OBSERVATION XLV

L..., Françoise, 32 ans. Entre à la clinique d'accouchement de la Charité, le 29 septembre 1898.

Le jour même de l'entrée, basiotripsie. Le surlendemain, le thermomètre marque 38°. Purgatif, injection intra-utérine à l'iode.

2 octobre. — Après un frisson, la température monte à 38° 8.

Le 3. — L'état de la malade est mauvais. La température est à 39° 5, le pouls accéléré. On transporte la malade à l'infirmerie. Injection intra-utérine qui ramène de nombreux débris. Injection d'essence de térébenthine au flanc gauche.

Le 6. — La piqûre de térébenthine est suivie d'une vive douleur, à son niveau, on constate de la fluctuation.

Le 8. — La température tombe. La malade se sent mieux.

Le 14. — A partir du 9, la température est normale. L'appétit est revenu. L'abcès est bien collecté.

Le 15. — On incise l'abcès, il s'écoule une abondante quantité de pus roussâtre et de débris de tissu sphacélé.

Le 20. — L'abcès est entièrement cicatrisé. L'état général est excellent. La patiente quitte l'hôpital.

OBSERVATION XLVI

G..., Jeanne, 28 ans, primipare. Entre à la clinique d'accouchement de la Charité le 7 novembre 1898.

La poche des eaux est rompue depuis 30 heures.

La malade a été touchée, à plusieurs reprises, en ville, par un médecin et par une sage-femme.

Elle a pris chez elle trois crises d'éclampsie. On la transporte à la Charité où elle prend une quatrième crise. Les urines contiennent beaucoup d'albumine.

Forceps. Hémorrhagie de la délivrance, 1000 grammes environ. Tamponnement intra-utérin avec une bande de gaze iodoformée. Injection de sérum artificiel. Le tampon est enlevé 24 heures après. Dès le jour de l'accouchement la température s'élève. L'albuminurie persiste.

Le 12 novembre. — On constate quelques frottements, râles de la plèvre gauche.

Le 15. — La malade tousse, l'albumine persiste, les lochies sont fétides, l'état général est mauvais. Lavage intra-utérin.

Le 16. — Lavage intra-utérin. Injection d'essence de térébenthine.

Le 18. — Nouvelle injection d'essence de térébenthine.

Le 20. — Léger épanchement pleurétique à droite.

Le 23. — Troisième injection d'essence de térébenthine. Au niveau des deux premières piqûres on a une tuméfaction douloureuse.

Le 30. — Les abcès fluctuent bien. L'état de la malade est meilleur.

Le 2 décembre. — Ouverture des abcès ; il s'écoule une abondante quantité de pus, dégageant l'odeur de térébenthine.

Le 3. — L'épanchement pleurétique s'est entièrement résorbé. Les urines ne contiennent plus d'albumine. La température tombe. La malade se sent bien.

Le 11. — La malade est en pleine convalescence.

OBSERVATION XLVII

B..., Marie, 19 ans, primipare. Entre à la clinique d'accouchement de la Charité le 6 janvier 1899.

Le 25. — Accouchement normal.

Le 26. — Le soir T° 38°4, frisson, pouls 110. Lavage intra-utérin.

Du 27 janvier au 1^{er} février. — La température s'élève progressivement, le pouls est petit, accéléré; pas de frisson. Les lochies sont fétides. On fait chaque jour deux lavages intra-utérins.

Le 2. — Huitième jour de la maladie, T° 40°, pouls 130. Etat général mauvais. On fait une injection d'essence de térébenthine au flanc gauche. Les lavages sont continués.

Le 3. — Même état. 2^{me} injection d'essence de térébenthine au flanc droit.

Le 5. — Chute de la température, le pouls à 90. La malade se sent mieux. Au niveau de la 1^{re} piqûre on sent une masse dure du volume d'une mandarine; au niveau de la 2^e une induration du volume d'une orange, non douloureuse et non fluctuante.

Le 13. — Depuis le 8, la température est à la normale. L'état général est bon. Les organes génitaux paraissent sains. Les abcès fluctuent bien.

Le 24. — La malade se lève, elle est complètement guérie. Incision de l'abcès gauche; celui du flanc droit s'est résorbé complètement.

OBSERVATION XLVIII

S..., Marie, primipare, 31 ans, couturière. Entre à la clinique d'accouchement de la Charité, le 8 février 1899, à 11 h. du soir.

Rien à signaler de particulier comme antécédents héréditaires ou personnels.

La grossesse a évolué normalement.

5 février. — Début des douleurs.

7 février. — Rupture des membranes.

A son arrivée, la malade dégageait une odeur fétide insupportable. Elle n'avait subi aucune désinfection. L'enfant était mort depuis quelques heures.

Le 9. — Accouchement. L'enfant, en putréfaction complète, dégage une odeur putride. Délivrance naturelle. Le placenta et les membranes sont entièrement putréfiés. Injection intra-utérine iodée.

Le soir même la température est à 38°7, le pouls 150 petit, faible. Dyspnée intense.

L'état de la malade est désespéré ; on fait une injection d'essence de térébenthine au flanc gauche.

Le 10. — Même état. Lochies fétides.

Lavage intra-utérin au sublimé 1/4000 suivi d'un d'eau bouillie.

Le 11. — La température et la dyspnée persistent. Le pouls est à 140. Lavage intra-utérin. Deuxième injection d'essence de térébenthine au flanc droit.

Le 12 et 13. — Même état. Cependant la dyspnée diminue.

Le 14. — Température 40° 7, pouls 125. Respiration 28 par minute. Au niveau de la première injection térébenthinée on sent une petite induration du volume d'une noix. Au niveau de la deuxième l'induration est très volumineuse, rouge et douloureuse. On fait une troisième injection d'essence de térébenthine au niveau de l'épaule.

Le 15. — Quatrième injection d'essence de térébenthine dans le flanc droit. Lavage intra-utérin.

Du 16 au 20. — La température oscille entre 38° 5 et 39° 5, la dyspnée est légère, le pouls entre 90 et 110. Les deux premiers abcès phlegmonent bien.

Le 22. — Grand frisson dans la nuit. Température $41^{\circ} 3$ le matin. Pas de dyspnée, le pouls est bon. Le soir température 30° .

Le 23. — Pas de dyspnée, pouls normal, température $38^{\circ} 2$ le matin, $38^{\circ} 6$ le soir. Les lochies sont inodores. On supprime les injections utérines. La quatrième piqûre s'abcesse. L'état général paraît bon. Les jours suivants la température oscille entre $37^{\circ} 4$ et $38^{\circ} 5$, elle arrive définitivement à la normale le 9 mars.

Le 10. — Incision des abcès ; il s'écoule une abondante quantité de pus. Etat général très bon.

Le 23. — Bon état général. Appareil génital sain. Elle quitte l'hôpital en parfaite santé.

OBSERVATION XLIX

Pauline F..., 22 ans, primipare. La malade a marché à neuf mois. Rien de particulier à noter comme antécédents héréditaires ni personnels. Réglée à 12 ans, irrégulièrement. Elle a des pertes blanches ; la moindre fatigue l'essouffle.

La grossesse a évolué normalement.

Les douleurs ont débuté, le 14 février 1899, à minuit ; la rupture de la poche des eaux a eu lieu le 17 à 2 heures du soir.

Ce même jour, deux médecins ont pratiqué la dilatation digitale du col. L'enfant était mort ; ils appliquent le forceps sans résultat.

Le 18. — Ils pratiquent la basiotripsie et, malgré l'issue d'une quantité de substance cérébrale, le résultat fut négatif. On fait une nouvelle application du forceps, mais vainement.

Le jour même, 18 février, à onze heures du matin, la malade est envoyée par ses médecins à la clinique de la Charité.

L'état général de la malade est assez bon : la langue est un peu sèche, la figure a bon aspect. $T^{\circ} 37^{\circ} 4$.

Anesthésie chloroformique.

La vulve présente une déchirure vestibulaire.

L'orifice urétral est difficilement aperçu : la muqueuse vaginale présente quelques érosions.

Le cathétérisme vésical donne une urine sanguinolente.

Tête en O.I.G.T ; fléchie, coiffée par un col dur, on sent une perforation du pariétal antérieur près de la petite fontanelle.

Il s'écoule à la fois du méconium et des eaux presque fétides.

Basiotripsie. Délivrance artificielle immédiate. Déchirure profonde du périnée. Lavage intra-utérin à l'iode. Suture du périnée. La malade a été pansée et mise au lit à midi. A une heure 45, du soir, la température est à 38°. A 3 heures le pouls bat 136.

A 5 heures, température 38° 2, pouls 136.

Le 19. — Température 37° 6, pouls 140 le matin, le soir T. 37° 8, pouls 140.

Le 20. — Température 37° 4, pouls 120 le matin, le soir T. 39° 4, pouls 130. L'agitation est extrême. La malade sub-délire.

Le 21, la malade a un grand frisson. La température est à 40° 6, pouls petit, dépressible à 140. Le teint est plombé.

On enlève les fils de la suture périnéale; les tissus déchirés sont sphacelés. Lavage intra-utérin au sublimé à 1/4000 suivi d'un autre de permanganate de potasse à 1/500. On fait deux injections de térébenthine dans les flancs.

Le soir la température est à 37° 2, le pouls est à 120. La malade a de l'agitation et du délire. Elle a perdu complètement connaissance.

Le 22. — Grand frisson pendant la nuit. L'état général s'aggrave. Le pouls faiblit, est à 145. On entend au cœur un souffle systolique à la base. Température 37° 3 le matin, 37° 8 le soir. Lavage intra-utérin, troisième injection de térébenthine.

La malade est toujours sans connaissance. Depuis hier, elle a une diarrhée verte. Elle perd ses matières et ses urines.

Le 23. — Le délire continue, l'état général est toujours mauvais, pouls 145, température 38°. Au niveau des injections térébenthinées, on constate une induration inflammatoire.

Le 24. — La malade est beaucoup mieux. Le pouls est meilleur le matin. Elle a repris connaissance. Elle se plaint de souffrir du ventre. La diarrhée persiste; elle continue à perdre ses matières et ses urines. Lavage intra-utérin.

Le 25. — Le pouls est meilleur. Température 38°6. La malade ne délire plus.

Le 26. — Au niveau des abcès, on constate une fluctuation bien nette. La température est à 39°5, le pouls est bon à 110. La diarrhée diminue. Lavage intra-utérin.

Le 27. — L'état général est bon. Le pouls est à peu près normal, température 39°. Elle ne perd plus ses matières ni ses urines.

Lavage intra-utérin.

3 mars. — Dès le 28 février on a supprimé les lavages intra-utérins. Pouls normal; la température baisse tous les jours; ce matin elle est de 37°8.

Le 6. — Chute définitive de la température. L'état général s'améliore de plus en plus. La diarrhée a complètement disparu.

Le 9. — Ouverture des abcès; il s'écoule une quantité abondante de pus dégageant l'odeur de térébenthine.

Le 13. — La malade est en pleine convalescence, elle se lève; l'appétit est bon.

Elle veut quitter l'hôpital.

OBSERVATION L

B..., Ambroisienne, 18 ans, primipare, entre à la clinique d'accouchement de la Charité le 1^{er} mai 1899.

L'accouchement et la délivrance se font normalement le soir de son entrée.

Le 6. — Depuis le jour de l'accouchement, malgré les purgatifs et les lavages intra-utérins à l'iode et au sublimé répétés, la température oscille entre 37°8 et 39°5, le pouls est accéléré. Le 4 la malade a eu un grand frisson. Injection d'essence de térébenthine.

Le 8. — On ne constate aucune amélioration. Nouvelle injection d'essence de térébenthine.

Le 11. — La température oscille entre 37° et 39°5, pouls 124. La malade a eu un frisson cette nuit. Au niveau des injections térébenthinées on constate une tuméfaction. On donne 50 centigrammes de bromhydrate de quinine. L'état général reste bon.

Le 4. — Troisième frisson. Nouvelle dose de bromhydrate de quinine. La température oscille toujours entre 38° et 39°8. On sent bien la fluctuation au niveau d'un des abcès.

Le 27. — Les oscillations thermiques persistent. Les deux abcès s'abcèssent bien.

9 juin. — La malade, malgré des oscillations thermiques importantes, a toujours eu un état général bon; elle n'a pas maigri. Elle sort de l'infirmierie encore avec de la fièvre et les deux abcès de fixation.

Elle part pour la campagne.

OBSERVATION LI

W... Anna, 18 ans, primipare, domestique. Entre à la clinique d'accouchement de la Charité le 7 juin 1899.

Le 9. — Accouchement normal à 2 heures du soir. La malade est vigoureuse, de bonne santé habituelle. N'a subi aucun toucher en ville avant d'entrer à la clinique où elle arrive en travail. Elle avait à son arrivée 38 degrés de température.

Elle avait des pertes blanches purulentes et en abondance et, malgré la contrindication qu'imposaient les pertes blanches, elle a été touchée par les stagiaires en absence de la sœur qui n'a pu procéder à la désinfection du vagin après le toucher.

Le soir de l'accouchement la température est à 38° 2.

Le 10. — Elle va bien ; mais le lendemain elle prend un violent frisson. Température 39° le matin et s'y maintient le soir. Le pouls à 120. Le faciès est bon, non-angoissé ; mais elle a une dyspnée très-accusée, inexplicable par l'état des poumons qui ne présentent rien d'anormal.

Purgatif. Lavage intra-utérin au sublimé suivi d'un au permanganate de potassé. Les lochies sont fétides, très-abondantes ; lavages vaginaux répétés toutes les trois heures.

Le 12. — Nouveau frisson suivi d'une sudation abondante. Température 39° 6. La dyspnée a un peu diminué, le faciès est un peu altéré. Pouls 120. L'utérus est douloureux à la pression. On fait une première injection d'essence de térébenthine au flanc droit qui est suivie d'une réaction rapide et d'un abcès.

Le 13. — Légère amélioration le matin, température 38° 4, pouls 106, dyspnée très légère, mais à 10 heures la température est à 39° 8. Lavage intra-utérin. Le soir, température 40°, pouls 120. Deuxième injection d'essence de térébenthine. L'état général est mauvais.

Le 14. — Même état. Température 39° 8, pouls 128.

Le 15. — La température baisse, le pouls est à 106.

Le 18. — Ouverture spontanée d'un abcès.

Le 20. — La malade va notablement mieux. Depuis le 17, la température oscille entre 38° le matin et 39° le soir, le pouls entre 90 et 104.

Le 23. — Après la nouvelle poussée thermique, 39° 2, d'hier, la température est ce matin de 37° 7. L'état général reste bon.

Le 29. — Depuis le 24, la température est à 37° 2. L'état général est parfait. Incision du deuxième abcès.

Le 8 juillet. — Les abcès sont entièrement cicatrisés. Elle quitte l'hôpital en pleine santé.

OBSERVATION LII

B..., Marie, 22 ans. Entre à l'infirmerie de la clinique d'accouchement le 30 juin 1899.

La malade est vue à la consultation gratuite. Elle raconte, avec une dissimulation évidente qu'elle a fait une fausse-couche sans importance, la veille, en allant à la garde-robe.

Interrogée sur le volume de l'enfant, elle déclare ne pas l'avoir aperçu.

A l'examen, elle présente une grosse ecchymose périnéo-fessière à gauche et une légère déchirure du périnée. L'existence de ces désordres vulvaires et d'érosions vaginales indiquent nettement qu'une tête presque à terme a passé par les voies vagino-vulvaires.

L'utérus, du volume d'un gros poignet, est en anteversion. Il paraît contenir encore des débris placentaires. La malade a de l'œdème des jambes et des paupières; elle a une quantité considérable d'albumine dans les urines. Pas de température le jour de son entrée.

Le lendemain la malade est prise d'un grand frisson, température 40°2, pouls 130. Après désinfection soigneuse, on extrait deux cotylédons placentaires adhérents ainsi que des débris de membranes. Lavage intra-utérin au sublimé à 1/4000 suivi d'un iodo-ioduré. Injection d'essence de térébenthine.

2 juillet. — La température monte à 40°8., le pouls à 140. L'état général est grave. La malade a avoué à la sœur du service avoir été enceinte de 8 mois 1/2.

Le 3. — Au niveau de l'injection térébenthinée on remar-

que une vive réaction; la fluctuation est nettement sentie. Température 39°3, pouls 130, l'état général est meilleur.

Le 5. — Le pouls et la température continuent à baisser. La malade se sent bien mieux.

Le 9. — A partir du 5 la température oscille entre 37°2 et 38°, pouls à 80. L'abcès phlegmone bien.

Le 11. — Incision de l'abcès, il s'en écoule une abondante quantité de pus et de tissu cellulaire sphacélé.

Le 16. — La malade est complètement guérie. L'abcès n'est pas entièrement cicatrisé.

Le 27. — La malade quitte l'hôpital en bon état. L'abcès est cicatrisé.

OBSERVATION LIII

G..., Gabrielle, 24 ans, primipare, fleuriste. Entre à la clinique d'accouchement de la Charité le 4 août 1899.

Le 5. — Accouchement. Insuffisance des contractions, forceps dans l'excavation, délivrance spontanée.

Le troisième jour de l'accouchement la température s'élève à 39°4, pouls 128. Elle a une dyspnée très accusée. Purgatif. Injection intra-utérine au sublimé à 1/4000 suivie d'une injection de permanganate de potasse.

Le 9. — La température baisse à 37°8, mais le pouls reste à 130 et la dyspnée persiste. Injection intra-utérine suivie d'une de permanganate de potasse. Le soir la malade est prise d'un grand frisson durant 20 minutes.

Le 10. — T. 39°6, pouls 130. Dyspnée. Voyant que l'état général s'aggrave et que la température résiste à un purgatif et aux injections intra-utérines, on fait une injection d'essence de térébenthine au flanc droit.

Le 11. — T. 37°6 le matin, 39° le soir, pouls 110. La dyspnée diminue. On pratique une deuxième injection d'essence de térébenthine.

Le 12. — La température est à 37°6 le matin, 38° le soir, pouls 110. La dyspnée a disparu. Au niveau de la deuxième piqûre, on constate une tuméfaction fluctuante. Au niveau de la première, une légère induration.

Le 14. — Chute définitive de la température et du pouls à la normale. L'état général est bon. Les deux abcès s'abcèsent bien.

Le 16. — Incision des abcès. L'état général est parfait.

Le 24. — Les organes génitaux paraissent sains. L'état général est des meilleurs. Elle quitte l'hôpital.

OBSERVATION LIV

Antoinette V..., 26 ans. A eu trois couches à terme et normales. Pas de fausse couche antérieure.

La malade était enceinte de deux mois et demi. Dès le commencement de cette grossesse, elle se plaint de s'être mal portée : inappétence, fatigue extrême, etc.

Il y a neuf jours qu'elle commença à perdre et se mit au lit. Il sortit, dit-elle, de gros caillots. Ces pertes continuèrent pendant huit jours et, à la fin, elles avaient une très mauvaise odeur. Durant toute cette période, la malade vomissait les aliments et les tisanes qu'on lui donnait.

A son entrée à la Charité, le 9 août 1899, elle ne perd plus, mais se plaint de douleurs dans l'abdomen, particulièrement du côté gauche ; la température est à 39°.

La palpation du ventre est un peu douloureuse, mais ne décèle rien de particulier non plus que la percussion. Au toucher, on sent dans le cul-de-sac latéral gauche un empâtement irrégulier, dur, douloureux.

La température tend à s'élever, mais l'état général paraît assez bon ; les vomissements ont cessé ; la langue est légèrement saburrale.

Le lendemain de son entrée dans le service, la malade

commence à se plaindre d'un engourdissement de sa jambe gauche, et l'on ne tarde pas à constater de l'œdème, de l'empâtement à la racine de la cuisse et un aspect violacé de tout le membre.

On applique le traitement ordinaire de la phlébite : onguent mercuriel belladonné et enveloppement.

Le 12. — On fait une injection de térébenthine dans le flanc droit. Quelques heures après la piquûre, la malade accuse une vive douleur à son niveau. Le lendemain soir, on sent nettement la fluctuation.

Pendant les cinq jours suivants, l'état de la phlébite reste stationnaire.

Le 18. — On provoque un second abcès de fixation. L'abcès phlegmone fortement au bout de deux jours. A partir de ce moment, le thermomètre commence à baisser lentement, mais progressivement, l'état général s'améliore de plus en plus. L'œdème, ainsi que la rougeur du membre inférieur gauche, diminuent.

Le 30. — La température monte à 40°5, mais, après un purgatif, elle recommence à baisser et, le 4 septembre, elle est arrivée définitivement à la normale. L'empâtement du cul-de-sac latéral gauche a complètement disparu. L'œdème et la rougeur de la cuisse gauche n'existent plus. On ne sent pas de cordon veineux. On incise l'abcès, il s'écoule une abondante quantité de pus.

Le 24 septembre. — La malade quitte le service complètement guérie. La jambe a repris son volume normal avec un peu d'atrophie musculaire. L'articulation du genou a toute sa mobilité.

OBSERVATION LV

N. . ., Marie, 22 ans, ménagère, entre à l'hôpital de la Charité, le 19 septembre 1899.

Accouche six heures après son entrée.

Pendant sa grossesse elle a eu des pertes blanches.

A son entrée à la clinique, la malade avait une température de 38°6.

Le 20. — La température monte à 39°8, le pouls est de 140. Dyspnée intense. On transporte la malade à l'infirmerie. Elle n'a pas eu de frissons, ne souffre nulle part, sa peau est sèche et brûlante. On fait un lavage intra-utérin de sublimé 1/4000, suivi d'un d'eau bouillie. Le même jour on ordonne un purgatif.

Le 21. — Même état. On provoque un abcès de fixation.

Le lendemain matin la T. tombe à 37°8, mais le pouls reste à 130, le soir le thermomètre remonte à 39°8.

Le 23. — Nouvel abcès de fixation. A partir de ce moment le pouls et la température commencent à baisser.

Le 25. — Descente définitive à la normale de la température et du pouls.

Le premier abcès a seul suppuré, le second n'a pas été suivi de suppuration.

OBSERVATION LVI

P..., Marguerite, primipare, âgée de 22 ans. Entre à la clinique d'accouchement de la Charité, le 6 novembre 1899, à 4 heures du matin. Quelques heures avant son entrée elle a été examinée en ville. Le même jour accouchement normal.

Le 7. — La malade est prise d'un grand frisson. Sa température est de 38°2 le soir.

Le 8. — Les lochies sont très fétides, l'utérus est gros et douloureux, la malade est oppressée. Température 39°8, pouls 110.

Purgatif. Lavage intra-utérin au sublimé à 1/4000.

Le 9. — La malade est transportée à l'infirmerie. La température semble baisser, mais le pouls augmente de fré-

quence, il est à 120, l'oppression persiste, les lochies sont toujours fétides. Lavage intra-utérin au permanganate de potasse.

Le 10 et le 11. — Même état. La température oscille entre 37°6 et 38°6.

Le pouls est à 120. Respirations 32 à la minute. La face est altérée.

Le 12. — Le matin, température 39°. Dyspnée. Pouls accéléré. Les lochies sont toujours fétides. On fait une injection d'essence de térébenthine au flanc gauche.

Le soir, la température est de 39°6. La malade se plaint d'une vive douleur siégeant au niveau de la piqûre : celle-ci est le siège d'une induration.

Le 13. — Le thermomètre marque 37°4, le pouls est à 104. La dyspnée a disparu. Au niveau de la piqûre, on a la même induration douloureuse sans fluctuation.

Le 16. — Depuis trois jours, le pouls est à la normale, la température oscille entre 37°4 et 38°. Au niveau de la piqûre, on a une collection bien limitée sans tendance à l'ouverture spontanée.

Le 19. — La malade est en pleine convalescence, elle mange bien. Les lochies ne sont plus odorantes. Les lavages sont supprimés depuis le 16.

Le 3 décembre. — Incision de l'abcès, il s'en écoule une quantité moyenne de pus séro-purulent mélangé de débris de tissu cellulaire sphacélé. La patiente est entièrement rétablie.

OBSERVATION LVII

B..., Louise, 20 ans, couturière, entre à la clinique d'accouchement le 23 novembre 1899. La gestante se plaint d'une leucorrhée abondante. Elle a de l'œdème des jambes et de l'albumine dans les urines. Au toucher, le doigt a la sen-

sation de pénétrer dans un sac rempli de petits grains de plomb; vaginite granuleuse. Le jour même de son entrée, forceps, traction pendant 30 minutes.

Le 30. — Depuis le jour de l'accouchement, la température oscille entre 37°5 et 38. La malade ne se sent pas bien. Elle n'a pas d'appétit; elle ne va pas à la selle. Ce soir le thermomètre marque 39°8, le pouls est à 140; la malade est très oppressée.

1^{er} décembre. — L'oppression augmente, le faciès est terreux, la malade paraît âgée de 35 à 40 ans. La température est à 40°, le pouls 140. Lavage intra-utérin au permanganate de potasse, injection sous-cutanée d'essence de térébenthine au flanc droit. Le soir, aucune amélioration, on pratique une seconde injection au flanc gauche.

Le 2. — La malade a passé, dit-elle, une mauvaise nuit, elle a souffert beaucoup de la piqûre droite, un peu moins de la gauche. Au niveau des piqûres, on sent une tuméfaction douloureuse. Elle n'est plus oppressée. Le pouls et la température baissent. La face est tranquille, la figure terreuse d'hier est remplacée par une jeune et fraîche.

Le 6. — On incise l'abcès du flanc gauche qui s'est ouvert spontanément. L'état général de la malade est bon.

Le 9. — Le pouls est à la normale. La température oscille entre 37° et 37°5. Le second abcès menace de s'ouvrir spontanément. L'état général est très bon. Elle a encore des traces d'albumine dans ses urines. La malade est en pleine convalescence.

OBSERVATION LVIII

M..., Jeanne, 32 ans, multipare. Entre à la clinique d'accouchement le 26 novembre 1899. Les douleurs débutent le 1^{er} décembre. La gestante présente une procidence du cordon et un placenta prævia. Elle a eu avant l'accouchement une hémorrhagie de 400 grammes environ.

Le 2. — Ballon de Champetier de Ribes. Version. Délivrance artificielle. Hémorrhagie de la délivrance, 1000 grammes environ. Tamponnement utéro-vaginal. Injection de sérum artificiel, 1000 grammes. La malade est décolorée. Son pouls est petit, rapide, 144. La respiration est courte et fréquente ; elle commence à voir noir. La température est à 39° 2.

Le 3. — L'anémie aiguë grave persiste. Le pouls est à 150, la température à 39°. Lavage intra-utérin au permanganate de potasse. Injection sous-cutanée d'essence de térébenthine dans le flanc gauche.

Le 4. — La nuit passée, la malade a eu un frisson ; cependant l'état général paraît meilleur. La piqûre n'a pas été douloureuse ; on sent à son niveau une induration peu sensible. On pratique une deuxième piqûre au flanc droit.

Le 5. — L'appétit est revenu ; la malade reprend ses forces. Elle a souffert un peu au niveau de la deuxième piqûre. Un purgatif amène des selles fétides et abondantes.

Le 8. — Depuis le 4, le pouls et la température parallèlement reviennent en lysis à la normale.

Le 10. — L'état général est bon. La malade n'accuse aucune douleur. L'appétit est excellent. Au niveau des abcès on sent, à droite surtout, de la fluctuation, mais ils n'ont pas de tendance à l'ouverture spontanée.

OBSERVATION LIX

C..., Jeanne, 19 ans, primipare, entre à la clinique d'accouchement de la Charité, le 29 novembre 1899. La malade a des pertes blanches abondantes. Au toucher, on constate une vaginite granuleuse. Quelques heures après son entrée, forceps. Le soir de l'accouchement, la malade est prise d'un grand frisson durant vingt minutes. La température monte à 38° 4. Purgatif. Lavage intra-utérin à l'iode.

1^{er} décembre. — Pouls et température élevés, langue

sèche. La malade est pâle, la face immobile. On fait une injection sous-cutanée d'essence de térébenthine au flanc droit.

Le 2. — Température $38^{\circ} 2$, le pouls est à 130, lochies fétides. Etat général mauvais.

Le 3. — Le pouls est à 140, température 39° . La malade est dans un état de somnolence; deuxième piqûre au flanc gauche.

Le 4. — La malade se sent mieux; le pouls est à 120, la température à 38° . La dernière piqûre a été douloureuse; en effet, à son niveau, on a une tuméfaction rouge et fort douloureuse. Au niveau de la première piqûre, on a une légère induration peu douloureuse.

Le 6. — Le pouls diminue toujours de fréquence. Le second abcès s'abcèsse bien, il menace de percer; ce matin, la température est de 39° , elle est due probablement à l'abcès lui-même qui présente une allure aiguë.

Le 8. — Le second abcès s'est ouvert spontanément. Le premier se collecte bien.

Le 10. — Le pouls est à la normale. La température est à $37^{\circ} 4$, depuis deux jours. L'état général est excellent. L'appétit est bon. La malade est en pleine convalescence.

OBSERVATION LX

M CORTIGUERA.

(MORT.)

Mme X..., primipare, 23 ans, à terme, sans albumine, commence à enfanter par la rupture de la poche amniotique, avant que la dilatation ait commencé et celle-ci met douze heures pour être complète; à partir de ce moment sept autres heures passent sans que la tête, après avoir subi la rotation et placé son occiput au-dessous du pubis, ait pu effectuer la flexion en raison du manque d'énergie dans les douleurs, ou

peut-être à cause de la résistance du bassin qui est un peu plat.

Œdème de la lèvre antérieure de l'utérus, congestion passive considérable de tous les tissus du bassin. Forceps; fille vivante, après de très fortes tractions, et après avoir combattu opiniâtrement l'asphyxie; l'utérus était absolument inerte, et l'extraction des épaules coûta énormément de travail; on dut recourir à l'épisiotomie. Hémorrhagie utérine et vulvaire; compression manuelle; délivrance artificielle.

Les trente premières heures se passèrent bien, mais, le second jour, coïncidant avec une forte impression morale, après le lavage, apparaissent de fortes tranchées, le pouls à 84, elle a eu un peu de tremblement et de froid suivis d'une température de 38° et d'un peu de sueurs; paralysie utérine, vésicale et intestinale; elle n'avait pas de sécrétion lactée; quinine, noix vomique. Tout se passe bien le jour suivant, elle s'alimente suffisamment, mais les parésies et le manque de lait continuent.

Troisième jour, les tranchées diminuent, mais elle n'urine pas et ne va pas à la selle. Pas de lait. Après un lavage intra-utérin, tremblement, froid, température 38°5, sueurs, pouls 88.

Quatrième jour, amélioration sensible, elle mange, elle commence à uriner; elle va à la selle grâce au calomel; pas de sécrétion lactée; elle n'a ni uriné, ni déféqué; les lavages faits jusqu'à présent au quinosol se font au sublimé; phlegmon thérapeutique, quinine à hautes doses; toujours pas de sécrétion lactée.

Sixième jour, température de 38° à 39°5, pouls 120, potion purgative; on répète le phlegmon; agitation intense. Anesthésie chloroformique; curetage utérin, on ramène de petits détritüs et un petit morceau de membrane, cautérisation avec du chlorure de zinc au cinquième et on introduit des mèches de gaze iodoformée dans la cavité utérine.

Septième jour: la température oscille entre 39° et 40°, pouls 120; l'agitation continue; injection sous-cutanée de chlorhydro-sulfate de quinine et de caféine. Le phlegmon se forme

lentement. Lavage et curetage de la partie flottante de l'escharre utérine; nouvelle cautérisation au sulfate de zinc au cinquième.

Huitième jour : l'excitation continue, véritable folie ; elle ne prend pas d'aliments et vomit le peu qu'elle ingère ; la température et le pouls restent les mêmes. Quelques morceaux de l'escharre sortent avec le lavage intra-utérin ; le phlegmon continue à se développer.

Neuvième jour : une potion au chloral procure un sommeil de quelques heures après lequel l'excitation revient comme auparavant ; le pouls oscille entre 90 et 120 ; température 39° sans grandes oscillations ; bains tempérés toutes les quatre heures ; potion purgative ; injection de quinine, caféine et morphine.

Dixième jour : à l'excitation succède une dépression ; elle ne vomit pas, mais rejette les aliments ; la sensibilité reste troublée ; pouls 120, température de 39° à 40°, descendant de deux degrés après les bains pour remonter au bout de deux heures. Le manque d'intelligence de la malade rend difficiles les lavages.

Onzième jour : température de 40° à 40° 7, le pouls 120, injection de quinine, de caféine et de morphine ; grande dépression cérébrale. Injection de sérum artificiel.

Douzième jour : température de 39° à 40°, pouls 130 ; les bains sont continués ; l'excitation revient, nouvelle potion au chloral qui reste sans effet ; on lui donne du lait glacé toutes les heures ; la bouche commence à se sécher, peut-être par la glace ; lavage utérin difficile à faire. Injection de sérum ; on suspend la quinine et la caféine.

Treizième jour : la température oscille entre 38° et 39°, pouls 130, grande dépression, injection de sérum, nouvelle potion au chloral qui procure un sommeil de cinq heures ; calomel ; l'intelligence reste obtuse ; la malade s'éteint lentement ; frictions stimulantes au lieu des bains ; lavement alimentaire. Ouverture du phlegmon qui ne donne pas de

pus, mais des détritüs d'escharres; la malade insensible ne proteste pas.

Quatorzième jour : température de 38° à 39°, pouls 130, tendance au collapsus; intelligence fermée, respiration irrégulière diaphragmatique; elle refuse tout aliment et s'éteint doucement malgré les injections de sérum, d'éther, de caféine, etc.

OBSERVATION LXI

J. CORTIGUÉRA.

(MORT).

Mme X ..., multipare, eût une couche facile, mais avec une rétention de placenta; assistée par une sage-femme. Je fus appelé au bout de trois jours; la malade avait une assez forte fièvre et des lochies fétides; la température était de 39° le matin, et de 40° le soir; le pouls à 150. La malade était dans un état de somnolence, sueurs profuses, etc.

J'extrayai un cotylédon placentaire retenu, je désinfectai le mieux que je pus, et je remplis l'utérus de gaze iodoformée.

Le jour suivant, malgré la désinfection répétée, les mèches intra-utérines de gaze, et malgré l'emploi de la quinine et de la digitale, l'état grave continuait de même; je me décidai à faire le phlegmon (abcès de fixation). Il y eut à peine de la tuméfaction; la malade ne sentit aucune douleur, tant était grave son état d'insensibilité septique; les choses ne s'améliorèrent en rien. Vingt-quatre heures après, je répétai le phlegmon avec des résultats identiques, négatifs et le quatrième jour la malade mourut sans avoir obtenu le moindre soulagement par mes interventions.

OBSERVATION LXII

M. Joaquin CORTIGUÉRA.

(MORT).

Mme X..., primipare, âgée de près de 40 ans, eut une couche très lente; le fœtus était mort dans l'utérus depuis deux jours. La parturition dura 4 jours, et le fœtus sortit comme écumant, macéré. Le liquide amniotique était très fétide, la température à 38°. Inertie utérine persistante; je fus appelé pour extraire le placenta. On fit la désinfection intra-utérine.

Deux jours après se manifesta un frisson intense suivi d'une température très élevée; appelé de nouveau, je vis alors des escharres dans la vulve et dans le vagin; je les opérai et je saupoudrai les plaies d'iodoforme, je lavai l'utérus, mais malgré cela et malgré le traitement général le mal suivit une marche identique durant les deux jours suivants; ceux-ci passés, on examine l'utérus qui présentait également des escharres diphthéroïdes.

On fit une nouvelle et complète désinfection, mais rien n'améliora l'état de la malade. Il y avait déjà de la somnolence; la malade, de sensibilité très fine ne se plaignit pas, ne sentit rien durant l'opération, tant était grande l'intensité de l'empoisonnement. Le jour suivant on fit le phlegmon et quelques injections de sérum artificiel, mais la malade mourut au bout de deux heures.

OBSERVATION LXIII

M. CORTIGUERA

(MORT)

Mme X..., primipare, eut une parturition lente qui nécessita l'extraction du placenta; le jour suivant, après un fris-

son très fort, la température monta à 40°, et peu après je fus appelé. Elle avait une lochie fétide, je fis la désinfection intra-utérine et, continuant le traitement général déjà établi par son médecin, je pratiquai la désinfection locale pendant les dix jours suivants sans obtenir sur le mal aucun avantage durable.

Le ligament large gauche était un peu sensible et tuméfié, les régions hépatiques et spléniques également; mais ce qui attirait le plus l'attention, c'étaient les désordres généraux avec deux ou trois accès fébriles par jour, compliqués de forts frissons, d'une température de 40° à 41° et de sueurs abondantes.

Les choses durèrent ainsi une semaine en empirant chaque jour davantage; par suite de diverses circonstances, mon désir étant renvoyé, on fit enfin le phlegmon dans les conditions habituelles.

Avant les 48 heures, on a une tuméfaction à peine sensible. Quarante-huit heures après le premier, on essaya un second phlegmon qui ne se développa pas davantage et la malade, sans aucune amélioration, succomba le lendemain de la seconde injection térébenthinée.

OBSERVATION LXIV

M. CORTIGUERA.

(MORT)

Mme X., primipare, accouchement normal; je la vois cinq jours après. La malade se plaignait d'une diarrhée fétide, profuse, d'une douleur de la région hypogastrique gauche et d'un point au côté droit de la poitrine. Au moment de ma visite, elle est prise d'un grand frisson durant une heure; la température monte après lui à 40°5, le pouls est à 140, sueur visqueuse, 40 respirations à la minute. Frottement pleurétique à droite. Phlegmon du ligament large. Sulfate

de quinine, antiseptiques du tube digestif, désinfection du vagin et de l'utérus, applications chaudes sur le ventre; abcès de fixation. Le lendemain la température est à 38° 5, ainsi que les trois jours successifs. Diminution des phénomènes gastro-intestinaux. Pas de frisson ni de délire. Pouls entre 90 et 100. Les frottements pleurétiques disparaissent. Quelques jours après la température monte de nouveau, la diarrhée augmente. L'abcès de fixation se résorbe; j'en provoque un second qui ne se développe pas. Dyspnée intense. Œdème pulmonaire. Phlébite du bras gauche; elle meurt quelques heures après l'injection térébenthinée.

OBSERVATION LXV

M. A. POLLOSSON

(MORT)

D. L., Fleurieu; 31 ans. Entre à la Maternité de la Charité le 4 février 1898. Le jour même, accouchement normal.

Le 7. — La température est au-dessous de 38°.

Le 10. — La température étant montée au-dessus de 40°, on explore l'utérus et on ramène quelques débris placentaires; en même temps, on constate la présence de quelques polypes.

Le 11. — La température est à 41°; on place un drain.

Le 12. — La température redescend à 38° 5 le matin, pour remonter à 40° 5 le soir. La malade présente tous les symptômes d'une infection généralisée. On pratique trois injections sous-cutanées d'essence de térébenthine.

Le 13. — L'état général est un peu meilleur.

Le 15. — L'état est mauvais; au niveau des piqûres on ne constate aucune réaction.

Le 26. — La malade succombe. Les injections térébenthinées ne produisirent aucune réaction locale.

OBSERVATION LXVI

M. A. POLLOSSON

(MORT)

P. . . , Eugénie, 31 ans. La malade entre à la Maternité de la Charité le 18 octobre 1896. Elle est accouchée depuis 8 jours. La malade est en plein délire ; il est absolument impossible de la faire parler. Le thermomètre marque 38° 5. Col fermé, utérus très gros, douloureux. Un lavage intra-utérin ramène des débris placentaires. On fait un curetage, la curette ramène de gros lambeaux du placenta, pourris ; une hémorrhagie abondante se produit qui nécessite un tamponnement intra-utérin.

Le 20. — Lavage. Température 40° 5 ; on lui fait une injection térébenthinée.

Le 21. — Nouvelle injection térébenthinée. Même état. Au niveau des piqûres, on ne constate aucune réaction. On se décide, alors, à lui donner des bains tout en lui faisant les lavages intra-utérins. La température ne baisse pas beaucoup.

Le 27. — Le lavage utérin ramène une grande quantité de pus ; et en même temps la température baisse, l'état général s'améliore. Les abcès de fixation ne donnent pas grand'chose ; celui de la cuisse est incisé il sort très peu de pus, il se cicatrise vite. Le second fluctue dix jours après l'incision du premier. On cesse les bains. L'abcès de fixation est douloureux. L'état général s'améliore de plus en plus.

7 novembre. — La malade qui, jusqu'à ce jour, avait paru aller en s'améliorant, prend tout d'un coup un faciès grippé, grimaçant ; elle est essoufflée et ses pupilles se dilatent. Son ventre se ballonne. Au toucher vaginal, on sent un empatement vague ; pas de collection localisée nettement. A partir de ce jour, la malade baisse de plus en plus, elle est de plus

en plus essoufflée. Elle meurt dans la nuit du 9 au 10 novembre 1896.

OBSERVATION LXVII

(MORT)

B..., Antoinette, 21 ans. Entre et accouche à la clinique de la Charité, le 26 juillet 1899.

La malade est arrivée de la ville en travail. L'accouchement a été normal. Le même jour, la température s'élève à 38° 5. On pratique une injection intra-utérine.

Le 27. — Etat général mauvais, faciès grippé et terreux, pouls à 140. Un peu de dyspnée. Pas de douleur utérine, pas de lochies fétides. Purgatif. Injection intra-utérine. Température, le soir, 39° 5.

Le 28. — Température, 39° 5 le matin ; injection intra-utérine suivie d'un grand frisson. Etat général analogue à celui de la veille. On fait passer la malade à l'infirmerie.

Le 29. — Lavage intra-utérin, température 39° 5, pouls 140.

Le 30 et 31. — La température oscille entre 39° et 40° 3, le pouls entre 130 et 140. On fait chaque jour une injection de térébenthine. Lavage intra-utérin, au sublimé et au permanganate, qui ramène quelques débris de l'utérus ne présentant aucune mauvaise odeur.

1^{er} août. — La température semble baisser un peu. Même traitement. Le cœur ausculté chaque jour présente de la tachycardie. Rien aux poumons. Pas d'épanchement, mais la respiration est très gênée, dyspnée intense. La langue et la gorge sont sèches. Au niveau des piqûres, on ne constate pas la moindre réaction.

A 5 heures du soir, l'état général s'aggrave. La malade après avoir vomi, pâlit très rapidement, se refroidit et peut à peine respirer. L'auscultation du cœur fait craindre une mort imminente. Le pouls est incomptable. On donne im

médiatement une injection d'éther et une de caféine ; on prescrit du champagne ; on fait des lavements glacés toutes les deux heures, mais malgré cela l'état de la malade empire rapidement et elle meurt à 8 heures du soir.

Le 3, l'autopsie n'a pu être faite entièrement : une opposition est survenue au moment où on l'a commencée. On peut seulement constater qu'au niveau des piqûres n'existait aucune trace d'induration. On a pu voir à l'ouverture de l'abdomen que l'utérus était gros comme deux poignets, et que le péritoine contenait une abondante quantité de liquide purulent.

CHAPITRE V

Effets cliniques

1° *Dans les formes chroniques* : Septicémies puerpérales à évolution lente, progressive et de longue durée.

Les parturientes accusent pendant quelques jours après l'accouchement un état fébrile léger, sans fétidité des lochies, sans aucun autre symptôme. Au bout de quelques jours elles se lèvent, se considèrent guéries. Vingt ou cinquante jours après elles sont prises : tantôt d'un frisson, tantôt d'un état fébrile avec une température de 38° ou de 39°. Les malades maigrissent. La température résiste aux lavages intra-utérins et à tous les antithermiques connus. Bientôt des complications pulmonaires, pleurales, articulaires, des polynévrites ou autres apparaissent. Les malades se cachectisent et meurent au bout de 4 à 5 mois, qualifiées de tuberculeuses. Dans ces formes l'abcès de fixation produit les meilleurs effets, même tardivement provoqué deux mois et plus

après. L'amélioration franche est quelquefois obtenue en 48 heures.

Dans les formes chroniques avec localisation à évolution longue telle que la phlegmatia alba-dolens l'abcès de fixation donne de très bons résultats. Il abrège la durée de l'affection, assure la perméabilité des veines enflammées. Une fois guéries, la station debout ne gêne pas les malades, elles peuvent faire des kilomètres par jour sans ressentir ni des raideurs articulaires, ni des douleurs des membres.

2° *Dans les formes aiguës.* — Pour ces formes, M. Waliche et la plupart des accoucheurs sont d'avis que l'emploi du sérum de Marmorek combiné aux traitements antiseptiques n'a diminué ni la gravité ni la mortalité de ces cas.

Dans ces formes l'effet des injections térébenthinées n'est pas toujours le même, car les états aigus sont très loin de se ressembler et on ne peut dire que tel ou tel cas de cette forme est grave ou non.

Pour apprécier donc les résultats thérapeutiques de la méthode dans ces formes, il est nécessaire de s'entendre sur les éléments de pronostic.

Avant d'aller plus loin disons de suite que le pronostic des infections puerpérales est incertain. Nous essayerons de passer en revue les signes cliniques fournis par l'état des grandes fonctions qui pourront nous permettre de juger, de reconnaître la gravité de l'état et la marche ultérieure de la maladie.

a) *La fièvre.* — La fièvre du début ne signifie pas grand chose, et même la température d'emblée

élevée au delà de 40° est plus favorable qu'une température de 39° seulement. Les anciens l'ont si bien remarqué que, dans les grandes épidémies ils s'efforçaient d'élever la température au moment de l'accès et quand on arrivait à l'élever, on portait un pronostic favorable. L'élévation de la température dans la fièvre récurrente a une action salutaire sur la marche de la maladie. Alexandre, en 1884, a constaté une grande augmentation des spirilles dans le sang des malades atteints de la fièvre récurrente à la suite de l'abaissement de la température par l'antipyrine.

Rovighi, en faisant simultanément des expériences sur des lapins affectés de septicémie, a constaté que les animaux dont la température était élevée normalement, à plus forte raison ceux dont on élevait artificiellement la température, supportaient beaucoup mieux l'infection que les animaux chez lesquels on produisait l'hypothermie.

Walter injecte des cultures virulentes de pneumocoques dans les veines des lapins ; il remarqua que plus les lapins ont une température élevée, plus ils résistaient à la septicémie pneumococcique.

Dochmann empoisonne des lapins avec du curare ; les animaux étaient sauvés si, en même temps, on leur élevait la température, au contraire, ils succombaient rapidement si on ne la leur élevait pas.

Gangolphe et Courmont ont démontré expérimentalement que les déchets organiques aseptiques, altérés ou compromis dans leur nutrition, sont quelquefois la cause de l'élévation de la température.

La température du début élevée, seule, indique

plutôt une protestation de l'organisme, une destruction des déchets organiques, des microbes ou de leurs toxines. Elle n'est pas due uniquement à une infection. Ces expériences nous démontrent combien sont sujettes à caution les affirmations de ceux qui attribuent la guérison d'une infection puerpérale à l'emploi d'une drogue ou d'un traitement quelconque sans apporter autre chose que la température de leurs malades comme preuve de la gravité des cas.

La fièvre plus tardive, en ascension ou non, a plus d'importance, mais en ce moment si elle monte et persiste, d'autres signes plus importants apparaissent. A ce moment la température est un signe, mais non une mesure permettant de juger la gravité de l'infection.

b) Le frisson. — Le frisson est un signe plus important, il signifie un état assez grave. Les frissons successifs indiquent la pénétration répétée et la défense répétée de l'organisme contre l'envahisseur. Leur signification pronostique est peu importante ; cependant, plus ils sont rapprochés du moment de l'accouchement, plus ils sont violents et intenses, plus l'état est grave. En général, on peut dire que le frisson est moins grave s'il est suivi d'une élévation considérable de la température. On peut avoir aussi des frissons au début ou après l'injection intra-utérine, par suite du refoulement, par cette injection, du contenu des lymphatiques. Il faut savoir aussi qu'il y a des septicémies suivies de mort sans le moindre frisson.

c) Le pouls est l'élément le plus important. Sa ra-

pidité a une signification très marquée au point de vue de la gravité. Le pouls, d'après sa fréquence, peut être tantôt en concordance tantôt en discordance avec la température. Si le pouls est moins rapide que ne le comporterait la température, on peut porter un pronostic bénin. S'il est proportionnel à la température le pronostic est incertain, et enfin le pronostic est grave si le pouls est plus rapide que ne le voudrait la température. D'une façon générale, si le pouls dépasse 120 pulsations à la minute, le pronostic est grave, et d'autant plus qu'au même instant la température est moins élevée. S'il devient rapide avant que la température monte, il indique un état grave ; au contraire, si on le voit diminuer dans un état qui paraît grave avant même que la température cesse de monter, on peut affirmer que l'état est bénin ou s'améliore.

Si, en dehors de toute affection cardiaque le pouls devient arythmique ou prend le rythme fœtal, il indique une gravité au maximum l'issue est à peu près fatale ; il en est de même et toujours quand il y a désaccord entre la rapidité du cœur et celle du pouls.

d) *La dyspnée.* — La dyspnée est l'élément de pronostic le plus important. Elle peut être sans lésions ou avec lésions.

La dyspnée sans lésions est peut-être la mesure la plus directe de l'intoxication. La respiration accélérée, superficielle, courte, accompagnée de la dilatation des ailes du nez, d'élévation et d'abaissement d'épaules, de la dépression de toutes les par-

ties mobilisables du thorax, de la cyanose des lèvres, de la cyanose des ongles (couleur lilas) sans aucune lésion pulmonaire, est une dyspnée caractéristique de l'intoxication septicémique. Une telle dyspnée comporte un très mauvais pronostic.

La dyspnée avec lésions est plus fréquente depuis l'application de l'antisepsie, peut-être parce que, autrefois, les lésions pulmonaires n'avaient pas le temps d'apparaître. A l'examen du poumon on peut entendre ou des râles fins sans localisation bien nette, forme pneumonique, ou des bruits de tempête forme broncho-pneumonique, ou toutes les deux formes à la fois. Ces formes de dyspnée sont d'un pronostic grave, mais moins que la forme sans lésions. Ces formes de dyspnée et les lésions pulmonaires qui les accompagnent semblent dues à des paralysies nerveuses, peut-être d'ordre toxique et non à une invasion microbienne, car alors les lésions pulmonaires seraient plus et mieux localisées.

e) Les altérations de la face. — Les excavations péri-orbitaires, les yeux caves, ternes indiquent des troubles vaso-moteurs. La disparition des plis de la face, l'immobilité des traits, la figure grimaçante, faciès grippé, la bouche ouverte, les dents et lèvres fuligineuses, la langue sèche, rouge sur les bords, la sécheresse de la peau, l'apparition d'un ictère plus ou moins foncé sont des signes de mauvais augure.

f) Altération du système nerveux. — Un sommeil calme, une malade reposant parfaitement le lendemain de l'accouchement indiquent un bon pronostic

quel qu'ait été l'accouchement. L'agitation, le sommeil troublé nous font prévoir l'infection, et d'autant plus sûrement que ces phénomènes sont plus intenses. Les phénomènes pupillaires, dilatation de la pupille, sont des mauvais signes. Autrefois quand on observait de grandes formes délirantes, les malades étaient considérées comme perdues. Depuis l'apparition de l'antisepsie ces formes sont exceptionnellement rares. Actuellement on ne voit que des formes atténuées, de petits délires ou des sub-délires. Nous ne voyons plus aujourd'hui les aphasies et les paralysies sans lésions qu'on observait assez fréquemment il y a 15 ou 20 ans. Les signes tirés de l'excitation des centres nerveux ne sont pas aussi importants au point de vue du pronostic que les signes pulmonaires et cardiaques.

Tels sont les éléments cliniques de pronostic de l'état des formes aiguës des infections puerpérales. Dans ces formes à la suite de l'injection térébenthinée et coïncidant toujours avec la formation de l'abcès de fixation on constate ceci :

La respiration de dyspnéïque devient de plus en plus facile. Le pouls diminue et au bout de 2 jours le pouls et la respiration reviennent à la normale. Les lésions pulmonaires : râles fins, congestion et bruits de tempête entrent en résolution et en peu de jours disparaissent entièrement.

La température ne se fait pas attendre pour venir à la normale, mais elle le fait de trois façons : Le plateau élevé au-dessus de 39° ou de 40° ou les clochers de cathédrale, oscillations de deux ou trois

degrés, que présentait le tracé thermique avant la piqûre, tombent à la normale, mais le plus souvent après une élévation sensible du thermomètre, durant les 24 ou 36 heures suivant la piqûre, coïncident avec le moment de la formation du pus. Cette élévation passagère de la température n'est pas dangereuse elle est favorable, elle indique une réaction locale vive.

D'autres fois dès que la piqûre est faite, la température baisse régulièrement sans être précédée d'une ascension passagère, en faisant chaque jour entre les températures similaires du matin et du soir une chute variant de 3 à 5 dixièmes de degré. Enfin il arrive, mais rarement, que la température descend à la normale en peu d'heures et un peu brusquement. Il ne faut pas oublier que les abcès eux-mêmes sont parfois une cause de la persistance de la température.

3^o *Dans les formes suraiguës.* — Dans les formes suraiguës asphyxiques qui paraissent si redoutables, les résultats obtenus par l'abcès de fixation sont merveilleux. Dans ces cas on doit pratiquer d'emblée deux injections une à l'empreinte deltoïdienne l'autre au flanc. Dès que l'abcès évolue, ce qui arrive quelquefois six heures après la piqûre, la dyspnée asphyxique diminue.

Toutes les fois que l'on a pratiqué l'analyse bactériologique du sang des malades atteintes de septicémie puerpérale on a constaté le streptocoque ou un autre agent pathogène, mais une fois l'abcès de fixation formé le sang est indemne de microbes: il est absolument stérile.

CHAPITRE VI

Mode d'action

Peu nous importe de savoir comment agit l'abcès de fixation ; est-ce par fixation ou par hyperleucocytose, n'ayant en vue que les résultats cliniques ? Or, nous constatons que ces résultats sont merveilleux ; même entre les mains des adversaires de la méthode, celle-ci a fait des miracles.

Ce ne sera donc que pour obéir à l'usage courant que nous allons essayer d'énumérer et de commenter très brièvement les diverses hypothèses qui ont été émises pour expliquer le mécanisme intime de l'abcès de fixation.

Il est bien évident que si l'on voit l'affection grave s'améliorer parallèlement à la production et à la marche de l'abcès, on ne peut moins faire que de voir une relation de cause à effet entre les deux phénomènes. Mais comment donc agit alors cet abcès qui est la condition indispensable du succès ? Qu'est-ce qui se passe ?

Notre maître Fochier, le père de la méthode, expliquait cette action par la théorie de la fixation. Chantemesse émet l'hypothèse d'une augmentation de la leucocytose due à la pyogenèse artificielle, hypothèse qu'il ne soutient pas dans la suite. Plus tard, les professeurs Mercandino et Pinna pensent que, dans l'abcès ou tout autour de lui, se forment des substances solubles, lesquelles, absorbées à leur tour, détruisent les microbes ou leurs poisons.

La fixation, disait dans sa première communication le professeur Fochier, appelle et immobilise les éléments nocifs qui sont en circulation dans le sang. Les principes morbides sont attirés, puis fixés en un point. Une fois soustraites ainsi à l'organisme, les manifestations ultérieures de la maladie ne peuvent plus se produire. Dans le cas où elle agit comme révulsif, on pourrait dire qu'elle irrite dans un sens utile et par voie réflexe les vaso-moteurs de l'organe malade, mais on pourrait dire aussi qu'elle appelle et fixe les éléments nocifs qui circulent dans la zone irriguée par les mêmes vaisseaux que ceux qui se rendent à l'abcès. Par exemple, dans une arthrite d'épaule, une fixation pratiquée au niveau de l'empreinte deltoïdienne peut très bien attirer à elle les éléments nocifs, et empêcher l'infection de l'articulation, ou même déterminer la reprise des éléments qui y sont déposés, et, comme il pensait que l'abcès qu'il conseille de provoquer agit de cette façon, il lui a donné le nom d'*abcès de fixation*.

Le professeur Dieulafoy admet que les abcès téré-

benthinés agissent par révulsion et par dérivation, et il propose de les nommer *abcès de dérivation*.

Qu'est-ce que c'est que la dérivation ?

C'est la création d'un processus morbide destiné à modifier celui qui préexiste. Mais il le modifie probablement en détournant le principe du mal du premier foyer sur le second. Nous voyons donc que les deux conceptions ont un certain rapport.

L'école Revilliod admet que l'abcès térébenthiné agit par fixation, dérivation et révulsion, et le considère comme un abcès critique.

Chantemesse repousse absolument le mode d'action curative par fixation. Les analogies, dit Chantemesse, entre les abcès favorables et les abcès provoqués par les injections sous-cutanées d'essence de térébenthine sont plus apparentes que réelles. Tandis que les premiers sont des collections où foisonnent les germes pathogènes, les seconds ne renferment que des leucocytes plus ou moins dégénérés et sont totalement privés de microbes. La dénomination d'abcès favorables, d'abcès critiques convient aux premiers, mais le nom d'abcès de fixation ne peut appartenir aux seconds.

Sur quoi se base Chantemesse pour combattre la théorie d'action par fixation ?

Comme preuve à l'appui, nous citons :

Biondi injectait dans les veines d'un chien des microbes pyogènes, puis quelque temps après, il cause une irritation locale avec une substance chimique aseptique, mais non antiseptique. Il obtient à ce point une suppuration dont le pus contenait le même

microbe qu'il avait auparavant injecté dans le sang.

Charrin injecte dans le sang d'un lapin une culture violente de streptocoques; l'animal est inquiet et présente des symptômes d'intoxication; à ce moment on produit à l'animal une entorse du genou. Le lendemain, au niveau de l'entorse, on constate une arthrite purulente, mais en même temps que celle-ci tous les symptômes d'intoxication disparaissent.

Netter publie trois cas de pneumonie très graves, auxquels il a pratiqué des injections sous-cutanées de chlorhydrate de caféine et alors même que son intention n'était pas de provoquer des abcès artificiels, ceux-ci se firent. Dès que les abcès se formèrent une amélioration sensible se produisit, les trois malades furent rapidement guéris. Le pus de ces abcès contenait des pneumocoques.

Méry, dans le compte rendu de la Société de biologie, 1896, cite une observation d'une pneumonie très grave accompagnée de phénomènes méningés qui, grâce à un phlegmon développé à la suite d'une piqûre de caféine, guérit en peu de temps. Le pus foisonnait de pneumocoques.

Spillmann publie l'histoire d'une femme qui a présenté au milieu d'une infection puerpérale grave plusieurs abcès coïncidant avec une amélioration sensible de l'état général. La guérison se fit quelques semaines après. Lors de l'ouverture de ces abcès, l'ensemencement du pus donna des cultures pures de streptocoques très virulents.

Pourquoi a-t-on souvent une amélioration sensible

quatre à six heures après l'injection de l'essence de térébenthine ?

N'y a-t-il pas eu, là, transport des germes ou des toxines du foyer primitif de l'affection en un foyer secondaire ? N'y a-t-il pas eu un appel ?

N'y a-t-il pas une fixation, une action favorable, puisque les microbes du sang des deux animaux en expérience furent fixés en un point, se sauvèrent de la septicémie qui les menaçait de mort ?

On nous objecte que notre abcès est stérile.

Le pus de nos abcès térébenthinés est reconnu microbien, c'est vrai : cette constatation a été faite par la plupart des auteurs qui se sont occupés de la question. Mais si on ne trouve pas de microbes dans le pus, on ne les trouve pas plus dans le sang où ils existaient avant la provocation de l'abcès. Les observations de Switalski sont très affirmatives à ce sujet.

Nous avons vu que la caféïne, dans les observations de Netter et de Méry, a joué le rôle d'agent pyogène : elle provoqua des abcès qui amenèrent la guérison. Le pus de ces abcès contenait l'agent pathogène.

Peut-on faire une différence entre les abcès provoqués par la caféïne, le sulfate de quinine ou celui de l'essence de térébenthine ? Certainement non. On ne peut pas admettre que l'essence de térébenthine s'oppose à l'arrivée des microbes pathogènes, alors que la caféïne ou autres substances la favorisent.

Si on ne trouve pas le microbe dans le pus de l'abcès de fixation c'est que l'essence de térébenthine est une substance microbicide puissante et qu'elle les

foudroye au fur et à mesure de leur arrivée dans le foyer. Les expériences de Grawitz et de Bary viennent confirmer cette hypothèse. Ces auteurs injectent à des chiens de l'essence de térébenthine, puis, au même endroit, ils injectent des cultures vivantes de microbes : ils obtiennent toujours un pus absolument stérile. Pasteur et ses élèves ont prouvé que le sang liquide fermé est stérile, mais, dans certaines maladies infectieuses, comme les infections puerpérales, par exemple, le sang renferme des microbes pathogènes. Ils circulent dans le sang, ils sont des microbes errants, ils cherchent à s'arrêter, à se fixer, mais, pour cela, il leur faut un agent qui les attire, qui les fixe. Les injections térébenthinées produisent un traumatisme. La térébenthine elle-même produit une irritation locale, deux causes qui sont suffisantes pour expliquer la fixation. Les expériences de Charrin appuient la première.

En étudiant de près, en observant bien les maladies traitées par l'abcès de fixation d'une part, en étudiant les propriétés du pus de ces abcès d'autre part, sans nier l'action par fixation, il nous faut admettre que l'abcès agit principalement par la neutralisation, mode d'action que nous exposerons après la théorie de M. Chantemesse.

*
* *

Chantemesse, avons-nous dit, repousse absolument la théorie de la fixation et émet l'hypothèse d'une augmentation de la leucocytose due à la pyogenèse

artificielle: « Dans la lutte indécise entre l'organisme et l'élément microbien, augmenter le nombre des leucocytes du sang, c'est amener de nouveaux combattants sur le champ de bataille pour détruire les microbes. L'ennemi d'abord victorieux est écrasé par les phagocytes ». Il appliqua la méthode chez huit pneumoniques de son service, Rendu l'essaya chez trois pneumoniques; ils enregistrèrent des résultats défavorables. On n'oubliera pas que les pneumoniques de Chantemesse avaient de 67 à 87 ans, que deux des pneumoniques de Rendu étaient à l'agonie lorsqu'on fit leurs injections et chez tous ces malades sauf chez un, les injections n'ont produit aucune réaction locale ou un simple empâtement, mais jamais de l'inflammation suppurative.

On a objecté que ceux qui guérissent sont robustes et dans la force de l'âge, tandis que les vieillards meurent, or le traitement pour avoir de la valeur devrait faire ses preuves chez les uns comme chez les autres. A ce propos citons cette phrase de Chauffard (Principes de pathologie générale, Paris, 1862) « L'action thérapeutique ne saurait aller qu'au mode réactif qu'au soulèvement de la vie saine contre la vie affectée. Là où il n'y a plus de vie saine qu'on puisse appeler à l'aide, il n'y a plus d'action thérapeutique possible ». Or que lisons-nous dans les observations de Chantemesse et Rendu ? Les injections térébenthinées ont été faites tardivement, au moment de l'agonie dans quatre cas, alors que l'abcès n'a pas eu le temps de se former, où l'organisme était vaincu, où la maladie était déjà localisée, mais d'une façon

funeste sur les méninges, sur le péricarde ou autre séreuse, localisation que l'on aurait pu peut-être prévenir. Péter considère la pneumonie comme la fin naturelle des vieillards. Nous ne devons donc pas nous étonner de ces déplorables résultats.

Nous pourrions mentionner que Jemma vit dans la clinique de Maragliano une amélioration dans un cas de tuberculose pulmonaire, tandis que chez un autre la mort arriva au moment où les abcès de fixation allaient être essayés. Franc (de Sarlat) obtient une guérison prompte et rapide chez un vieillard de 68 ans atteint de pneumonie, par l'abcès de fixation.

Cortiguera provoque un abcès de fixation sur un homme âgé de 76 ans atteint d'une pneumonie grip-pale très grave, le malade était en pleine période préagonique. Vaste abcès. Guérison rapide.

Chantemesse énumérait les globules blancs, les leucocytes de tous ses malades traités par l'abcès de fixation, il constata toujours une diminution des globules blancs. En collaboration avec Marie, ils provoquèrent des abcès térébenthinés à des lapins. Ils obtinrent expérimentalement le même résultat : une diminution notable des globules blancs. Dès lors, Chantemesse ne soutint plus son hypothèse et se déclara absolument adversaire du traitement de la méthode.

Nous avons déjà exposé ailleurs, sur quoi se basait Chantemesse pour refuser l'hypothèse de l'action par fixation et de toute action thérapeutique de l'abcès Fochier.

Aujourd'hui les résultats cliniques sont trop nombreux, très démonstratifs et très favorables à la méthode pour refuser son action thérapeutique. La clinique nous donne des faits réels, palpables. Les adversaires de la méthode ne peuvent plus nous reprocher que nos malades auraient guéri sans la provocation d'abcès, que ce sont de pures coïncidences, car le nombre de vies humaines sauvées par la méthode dépasse plusieurs centaines. Et sur quoi se basent-ils pour émettre cette assertion ? Si ces abcès ne sont rien dans la guérison, pourquoi cette coïncidence si remarquable et presque toujours la même entre leur apparition et l'amélioration de l'état général !

Les recherches de Chantemesse, dit H. de Von Swieciski, ne peuvent aller en aucune manière contre l'emploi rationnel de l'abcès artificiel dans les maladies infectieuses à tendance pyogène. La leucocytose ne repose pas uniquement sur l'augmentation numérique des globules blancs. Schultz, à la suite de ses expériences, conclut que la leucocytose peut consister en une distribution différente des leucocytes dans l'appareil circulatoire. De plus, Schultz remarque qu'avant qu'il y ait, après injection de culture bactérienne, commencement de leucocytose, le plus souvent, pendant trois à sept heures, on peut constater une diminution importante du nombre des leucocytes. Si Chantemesse et R. Marie avaient fait leurs expériences en ce moment, le fait qu'ils n'ont pas remarqué de leucocytose serait clair pour nous, dit von Swieciski, et il conclut que lorsque nous injectons

l'essence de térébenthine sous la peau, nous amenons en première ligne une excitation des centres vaso-moteurs, d'où augmentation de la pression sanguine, et il paraît assez rationnel dès lors, à notre avis, d'employer les injections pour fortifier quelqu'un, allumer la leucocytose, qui, à ce qu'il semble, est si nécessaire pour la localisation et l'amortissement du virus.

Joaquin Cortiguera, dans un très intéressant travail sur le sérum de Marmoreck et le phlegmon de Fochier, postérieur à celui de Chantemesse, croit que l'abcès Fochier agit en produisant une augmentation des leucocytes. Pour appuyer cette hypothèse, Cortiguera, par analogie, se base sur le traitement de l'infection puerpérale, comme le fait Hofbauer, en provoquant une leucocytose artificielle au moyen de 5 à 10 grammes de nucléine en une seule fois et pendant plusieurs jours. Les malades auraient une sensibilité anormale dans certaines parties du squelette ; cette sensibilité anormale serait due au rappel hémopoïétique de la moelle. Au microscope, on constate une augmentation du nombre des leucocytes.

Charrin nous dit que, quand un vésicatoire produit sa phlyctène, il développe une leucocytose considérable.

Fleury assure que l'ignipuncture produit une phagocytose à l'endroit de son application. Maurel assure qu'après la saignée, il se produit une hyperleucocytose réelle durant plusieurs jours.

Pourquoi n'arriverait-il pas, dit Cortiguera, la même chose avec l'injection térébenthinée ? Et il conclut que

le phlegmon thérapeutique de Fochier agit en produisant une stimulation locale par l'essence de térébenthine ; diapédèse leucocytaire, phagocytose consécutive et mort ou englobement de l'agent virulent seraient la marche du traitement qu'il peut admettre.

Bauer, de Berne, traite plusieurs cas de fièvre typhoïde, de pneumonie, d'érysipèle et un cas de méningite cérébro-spinale. Après numération des globules blancs, faite plusieurs fois par jour et pendant plusieurs jours, il constata une diminution des globules blancs dans deux cas de fièvre typhoïde, une augmentation visible de leucocytes dans six cas de pneumonie, une augmentation douteuse dans deux cas et une diminution nette dans deux autres cas de pneumonie. Dans trois cas d'érysipèle, il a vu une hyperleucocytose. Bauer dit que, dans la pneumonie, la leucocytose persiste après la crise, ce qui ne se fait pas sans l'abcès. Cependant il ne constate pas cette leucocytose dans tous les cas.

Expérimentalement, chez le lapin, il obtient toujours la leucocytose une première fois, quelque temps après l'injection térébenthinée, et une deuxième fois au moment de la suppuration.

Si la leucocytose, dit-il, manque souvent chez l'homme, c'est qu'on lui injecte une quantité relativement faible d'essence de térébenthine, comparée à celle qu'on injecte aux lapins, et il conclut que, dans la plupart des cas, sauf dans la fièvre typhoïde, il survient une leucocytose abondante qui persiste pendant plusieurs jours après la disparition des symptômes morbides et que les abcès sont profitables à l'organisme

par la leucocytose utile dans la lutte contre l'infection.

Chantemesse, l'auteur de cette théorie, ne la soutient plus. Il n'a pas constaté d'hyperleucocytose.

Beaucoup d'autres auteurs sont d'accord avec ce dernier.

Von Swieciski, pour affirmer la leucocytose, se base sur les travaux de Schultz; or, Schultz n'a expérimenté qu'avec les toxines microbiennes ou les microbes eux-mêmes.

Cortiguera admet l'hyperleucocytose par analogie, mais sans l'affirmer. Bauer ne la constate pas toujours, pas même chez les pneumoniques où la leucocytose est bien marquée jusqu'au moment de la défervescence. Au contraire, chez les typhiques, on a une diminution nette du nombre des globules blancs.

Nous voyons donc que les résultats des recherches de l'action de l'abcès de fixation par la provocation d'une hyperleucocytose sont des plus contradictoires. Les défenseurs ne sont pas affirmatifs, ou ils ajoutent que ce n'est pas la règle; les adversaires au contraire, sont affirmatifs sur ce point que l'abcès de fixation diminue le nombre des globules blancs.

Nous n'admettons pas ce mode d'action.

On ne constate pas l'hyperleucocytose, si ce n'est chez les pneumoniques et, à titre exceptionnel, où elle est normalement exagérée pendant toute la durée de la maladie.

*
* *

Mercandino et Pinna croient que l'essence de té-

rébenthine provoque une irritation cellulaire qui aboutit au phlegmon, et qui pourrait donner lieu à une substance soluble contenue dans l'abcès ou tout autour de lui, et que cette substance soluble, résorbée détruirait les microbes ou neutraliserait leurs poisons.

Cette idée a été suggérée à Mercandino et Pinna par ce fait capital d'observation clinique, signalé dès le début par le professeur Fochier, que la maladie s'aggravait lorsqu'on ouvrait un abcès avant d'en avoir établi un autre.

Le pus de l'abcès de fixation est un mauvais milieu de culture, il empêche les microbes de se développer. Les expériences de Gravitz et de Bary viennent à l'appui de ce que nous avançons. Ces microbiologues prirent une certaine quantité de pus produit par l'injection de l'essence de térébenthine, ils le laissèrent dans un flacon à large surface, bouché à l'ouate pendant quelques jours, pour permettre à toute l'essence de térébenthine de s'évaporer et exclure l'action antiseptique que pourrait avoir la trace de térébenthine contenue dans ce pus. Ils ajoutèrent alors à ce pus une culture vivante de staphylocoque doré, pure ou mélangée, et ils portèrent le tout à l'étuve. On évalua chaque jour le nombre des microbes contenus dans ce pus. Pendant les 4 premiers jours, le nombre était sensiblement le même, après 6 jours il diminua, après 10 jours tous les microbes ont disparu. Ils ont obtenu le même résultat quand, au lieu de pus pur, ils ont

employé le pus dilué de la moitié de son volume d'eau bouillie. (*Loc. cit.*),

Les mêmes auteurs ajoutèrent aux tubes de gélatine nutritive trois gouttes du pus provoqué par l'action de l'essence de térébenthine, la cultureensemencée sur cette gélatine subit un retard évident dans son développement. Si l'on mélange le pus et la gélatine dans la proportion de un pour un ou de trois pour deux le milieu reste stérile après tout ensemencement.

Mosso, Eichel, après expériences, déclarent que le pus produit par l'essence de térébenthine ne se putréfie pas.

Pinna déclare avoir obtenu de bons résultats dans une pneumonie apyrétique à diplocoques chez un homme de 55 ans en provoquant un abcès de fixation ; il a pu recueillir 50 centimètres cubes de pus parfaitement stérile. En injectant successivement et à plusieurs reprises à trois lapins, d'une part du pus recueilli dans l'abcès du malade et, d'autre part une petite quantité du pus pneumonique, Pinna a vu ces animaux survivre et se bien porter, alors qu'une même quantité de pus pneumonique, introduite sans injection préalable du pus de l'abcès de fixation, tuait les lapins en 36 heures de septicémie pneumonique.

Après un premier abcès de fixation nous constatons parallèlement à la formation du pus une amélioration sensible de l'état général ; mais il arrive fréquemment que si l'on n'en provoque pas un second ou un troisième tant que l'état de la malade ne s'améliore pas franchement, une rechute des plus graves

survient contre toute attente, étant donné l'amélioration primitive.

Ou, mieux encore, pourquoi l'état grave réapparaît-il si on ouvre trop tôt l'abcès ? Lorsque nous injectons l'essence de térébenthine sous la peau, il est certain que nous produisons des irritations. Nous mettons les cellules qui sont au contact de cet agent, dans un état anormal, elles sont troublées dans leur vitalité et peut être alors elles secrètent des produits solubles lesquels seraient résorbés, et à leur tour, elles tuent les microbes ou neutralisent leur poison. Si donc lorsqu'on ouvre trop tôt un abcès l'état s'aggrave c'est parce que la neutralisation, ou l'action microbicide a été insuffisante.

En résumé, lorsque l'infection locale tend à se généraliser, l'abcès de fixation attire et fixe les microbes ou leurs sécrétions au fur et à mesure de leur pénétration dans le sang.

Lorsque les microbes pathogènes ou leurs produits sont déjà dans le sang et ne présentent aucune tendance à la localisation, l'abcès de fixation les attire et les fixe. Dans ces deux cas l'abcès provoqué agit par fixation.

Lorsque les microbes pathogènes qui sont en circulation dans le sang menacent de localisation, de suppuration un organe important comme le poumon, le péricarde, le péritoine, les méninges, etc., l'abcès de fixation agit en détournant, en empêchant l'agent pathogène de s'y localiser ; il agit, dans ces conditions, par dérivation.

Il est évident que l'abcès de fixation est un révulsif

de premier ordre ; cependant on ne peut pas admettre qu'il détruit les sécrétions microbiennes par une forte révulsion, mais par une neutralisation par les produits solubles sécrétés dans son intérieur ou tout autour de lui, ce qui est probable.

Nous voyons donc que l'action thérapeutique de l'abcès de fixation est fort complexe.

L'abcès agit soit par fixation, soit par dérivation, soit par neutralisation. La dérivation n'est qu'un cas particulier de la fixation. La neutralisation comprend non seulement la destruction des toxines microbiennes, mais celle des microbes eux-mêmes.

L'abcès de fixation ne peut être considéré comme un véritable abcès critique, parce que jamais il ne donne lieu à une généralisation, jamais il ne donne naissance par lui-même à des abcès dits métastatiques, il n'en provoque pas non plus la formation.

L'abcès artificiel, si l'on envisage son pouvoir neutralisant, peut avoir une action thérapeutique dans les auto-intoxications, comme dans les intoxications microbiennes.

Quoiqu'il en soit de son mode d'action, nous sommes convaincu, que nous possédons aujourd'hui un moyen thérapeutique efficace pour combattre l'infection purulente généralisée qui était considérée, il y a neuf ans, au dessus de toutes les ressources thérapeutiques.

Parmi les adversaires qui nient toute action thérapeutique de la méthode, il y en a qui prétendent que l'injection sous-cutanée d'essence de térébenthine,

n'a qu'une valeur de pronostic. « Elle témoigne seulement, disent-ils, si un organisme est plus ou moins gravement atteint. Si l'état est grave votre injection ne provoque aucune réaction locale, et la malade ne guérira pas. Si elle en provoque une c'est que l'infection est bénigne, l'organisme est capable de former le pus, elle aurait guéri sans abcès de fixation ».

Il a été dit, dès le début, que si les injections sous-cutanées répétées d'essence de térébenthine ne sont pas suivies de réaction locale suppurative, on peut considérer la malade comme irrémédiablement perdue.

Mais on est très loin de la vérité lorsque l'on prétend que si l'injection d'essence de térébenthine donne lieu à un abcès « la malade guérira parce qu'elle est capable de fabriquer du pus ». Que l'on essaye, que l'on provoque un abcès térébenthiné chez une malade atteinte d'une septicémie puerpérale grave et qu'on incise l'abcès dès qu'il se forme mais sans en avoir, au préalable provoqué un autre. On constatera que, malgré l'atténuation des symptômes, si l'état général ne s'est pas nettement amélioré, la maladie reprendra de plus belle.

Voyons ce que dit M. von Swiecisky, pour ne citer que lui : « Je n'étais pas porté à l'optimisme pour un tel mode de traitement; j'accepte volontiers maintenant, que, dans mon cas, les abcès de fixation ont sauvé la patiente de la mort. Si, dans le cas précédent la septicémie puerpérale était devenue d'une extrême violence, d'une extrême gravité, cela s'explique par ce fait que comme

je l'ai appris plus tard, la sage-femme en question, dans la même période avait délivré une autre accouchée qui pareillement atteinte de septicémie puerpérale mourut sept jours après la délivrance ». Voilà donc deux malades atteintes de septicémie puerpérale grave, infectées par la même source. A l'une on provoque des abcès de fixation, et elle se sauve, elle est guérie. L'autre est traitée par d'autres moyens thérapeutiques, mais on ne lui provoque pas d'abcès de fixation et, au bout de sept jours elle succombe.

* *

Avant de terminer ce chapitre nous ajouterons quelques mots des rares insuccès de l'abcès de fixation.

Il y a beaucoup de cas non publiés d'infections puerpérales traitées par l'abcès de fixation d'autres publiés, favorables ou non à la méthode, qui ont échappé à nos recherches. Nous avons pu recueillir huit cas d'insuccès, dont un seulement de la clinique obstétricale de Lyon ; en effet, depuis que l'on y traite les infections puerpérales par l'abcès de fixation, la mort est une exception, toutes les malades sont plus ou moins rapidement guéries.

Dans ces observations on lit que, dans la majorité des cas, les injections d'essence de térébenthine ont été faites de quelques heures à un jour avant la mort ; à l'autopsie, lorsqu'on a pu la pratiquer, on a souvent constaté une localisation suppurative dans une des grandes séreuses ou dans un autre organe.

Il arrive, mais rarement, que l'injection d'essence de térébenthine ne détermine pas la suppuration, la piqûre reste indifférente : signe d'un très fâcheux

pronostic. C'est que la réaction est en rapport avec l'état général et que, de même que les malades profondément infectées n'ont pas de poussées phlegmoneuses spontanées, où elles en ont mais sans suppuration, de même des malades presque *in extremis* ne peuvent plus répondre par un abcès aux injections sous-cutanées irritantes. Pour que l'abcès de fixation se forme il est essentiel que les cellules qui sont en contact avec l'agent pyogène réagissent. Il faut aux piqûres de l'essence de térébenthine quelques heures au moins pour provoquer la réaction locale suppurative.

Quelquefois l'injection térébenthinée donne lieu à une réaction locale suppurative, coïncidant avec une amélioration passagère de l'état général; puis, quelques jours après, la mort arrive; à l'autopsie, on découvre une localisation suppurative dans un organe, incompatible avec la vie. Dans ce cas, où la fixation était pratiquée tardivement, après la localisation de la maladie, où le nombre des abcès de fixation était insuffisant pour protéger, pour détourner cette localisation funeste. On a toujours une tendance à attendre. On provoque les abcès trop tard, lorsque l'organisme est vaincu par l'infection, ou lorsque la maladie s'est localisée sur un organe essentiel : méninges, péricarde, etc.

Il ne suffit pas seulement de faire une ou plusieurs injections sous-cutanées d'essence de térébenthine, mais il faut encore les faire à temps, car nous ne sommes pas, certes, de ceux qui ont la prétention de faire renaître la vie là où elle est déjà éteinte.

CONCLUSIONS

1^o Les injections sous-cutanées d'essence de térébenthine sont absolument inoffensives. L'âge du malade et les lésions rénales ne sont pas des contre-indications.

2^o Il faut employer autant que possible l'essence de térébenthine stérilisée, exempte de tout mélange et de préférence vieille et concentrée.

3^o Un gramme d'essence de térébenthine par injection et par jour pour l'adulte, un demi-gramme pour l'enfant suffisent ordinairement. Dans les cas graves où la réaction locale tarde à se produire, il faut répéter les piqûres tous les jours, dans des cas rares, deux fois par jour. jusqu'à ce qu'on obtienne une réaction franche.

4^o Les abcès, par eux-mêmes, n'ont jamais occasionné d'accidents graves.

5^o Un ou deux abcès suffisent ordinairement, mais

il faut en pratiquer jusqu'à ce que l'état du malade s'améliore nettement.

6° La provocation d'un abcès est indiquée :

a) Dans tout état pathologique menacé de septicémie au sens étymologique et général du mot.

b) Dans les maladies infectieuses pyogènes ou dans celles qui ne le sont pas, mais peuvent le devenir.

c) Dans les infections sans localisation spéciale simulant une fièvre typhoïde ou une granulie.

d) Lorsqu'un organe est menacé de suppuration, ou lorsqu'une maladie se prolonge au-delà de sa durée normale.

7° Les effets de l'abcès de fixation dans les septicémies puerpérales sont très remarquables. L'amélioration coïncide toujours avec la réaction locale suppurative : plus celle-ci est intense plus son action bienfaisante est marquée. Dans les états graves, ils doivent être provoqués aussitôt que possible, répétés aussi souvent qu'il en est besoin. Dans les septicémies prolongées traitées tardivement, ils sauvent les malades d'une façon indubitable ; dans les formes moyennes, ils évitent sans doute des lésions d'organes importants ; dans les lésions déjà établies, ils en diminuent l'intensité et en abrègent la durée.

8° L'absence de réaction locale suppurative indique un pronostic sévère.

9° L'abcès est un puissant révulsif. Il agit par fixation, par dérivation et par neutralisation, soit en combattant l'effet des toxines microbiennes, soit en agissant comme microbicide, selon le moment de son intervention et selon la période de la maladie.

VU :

Le président de la Thèse,

H. FOCHIER.

VU :

Pour le Doyen, l'Assesseur,

LACASSAGNE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur,

Président du Conseil de l'Université

GABRIEL COMPAYRÉ.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- CHAUFFARD. — Principe de la pathologie générale, Paris 1862.
LUTON. — Traité des injections sous-cutanées à effet local,
Paris 1875.
FLAHAULT. — *Recueil de Méd. vétérinaire*, 1885.
CHASSAIGNE. — » » » 1885.
GSELL. — » » » 1885.
COUNCILMANN. — *Virchow's Archiv.*, 1885.
STRAUSS. — Cité dans bactériologie chirurgicale.
DE BARY. — *Virchow's Archiv*, 1887.
CHARRIN. — Société de Biologie, 1887.
GRAWITZ. — *Virchow's Archiv.*, 1887.
DE BARY ET GRAWITZ, » » 1888.
SENN. — Bactériologie chirurgicale. Traduction par le
Dr Broca, Paris, 1890.
FOCHIER. — Traitement des infections générales pyogènes.
Société des sciences médicales de Lyon, juillet 1891.
FOCHIER. — *Lyon Médical*, août 1891.
LEMIÈRE, — De la suppuration, th. de Paris 1891.
LÉPINE. — *Semaine Médicale*, février 1892.
THIERRY. — Soc. Méd. de Rouen, 1892.
OLIVIER. — *Normandie Médicale*, 1892.
BARD. — *Lyon Médical*, 1892.
FOCHIER. — *Semaine Médicale*, 1892.
RAOUL. — *Journ. de Méd. de Bordeaux*, 1892.

- LARDIER. — *Bull. Méd. des Vosges*, 1892.
DIEULAFOY. — *Bull. de la Soc. Méd. des hôp. de Paris*, 1892.
NETTER. — » » » » » 1892.
FRANC. — *Journ. de Méd. de Bordeaux*, 1892.
CHANTEMESSE et MARIE. — *Bull. de la Soc. Méd. des hôp. de Paris*, 1892.
GRENNELL. — *Bull. Méd. des Vosges*, 1892.
REVILLIOD. — *Rev. Méd. de la Suisse Romande*, 1892.
MERCANDINO. — *Gazetta Medica di Torino*, 1892.
FOCHIER. — *Soc. Obstétr. de France*, 1892.
FOCHIER. — *Acad. de Méd.*, séance du 26 avril, 1892.
JEMMA. — *Gazetta degli Ospedali*, 1892.
RAOUL. — *Rev. génér. de méd. et de thérapeut.*, 1892.
GINGEOT. — *Bull. de la Soc. des hôp. de Paris*, 1892.
SPILLMANN. — *Rev. Médicale de l'Est*, 1892.
MOSSÉ. — *Midi Médical*, 1892.
RENDU. — *Bull. de la Soc. Méd. des hôp. de Paris*, 1892.
GRANEL. — *Bulletin Médical*, 1892.
FERRAND. — *Bull. de la Soc. méd. de l'Ouest*, 1893.
SIREDEY. — *Etude clinique sur les maladies puerpérales*, 1875.
SIREDEY. — *Bull. de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, 1893.
TOUBERT. — *Arch. de méd. et de pharm. milit.*, 1893.
LEUDET. — *Normandie médicale*, 1893.
BERMANN. — *Thèse de Paris*, 1893.
GUILLAUMONT. — *Th. de Nancy*, 1894.
DUTREMBLEY. — *Th. de Genève*, 1894.
H. von SWIECIKI. — *Thérapeut. monatshefte*, 1894.
COLLADON. — *Rev. méd. de la Suisse Romande*, 1894.
NETTER. — *Bull. de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, 1894.
KARCZWSKI. — *Przegl. d chirurgiczny*, 1894.
SWITALSKI. — *Thérapeut. Wochenschrift*, 1895.
LANNOIS. — *Rev. de médecine*, 1895.
CAGNY. — *Recueil de méd vétérinaire*, 1895.
PINNA. — *Gazetta degli Ospedali*, 1895.
MANQUAT. — *Thérapeutique*, 1895.

- J. CORTIGUERA. — La suerotherapia y el flegmon de Fochier (Santander), 1896.
- JACQUES. — Thèse de Bordeaux, 1896.
- REVILLIOD. — *Rev. Méd. de la Suisse Romande*, 1896.
- ARLOING. — *Lyon Médical*, 1896.
- GAUTHIER. — *Rev. Méd. de la Suisse Romande*, 1896.
- BRANTHOMME. — *Revue Méd. de Paris*, 1896.
- MERY. — *Bull. méd des hôp de Paris*, 1896.
- PINARD et WALLICHE. — Traitement des infections puerpérales, 1896.
- CHARRIN. — *Semaine Médicale*, 1897.
- PUJADOR. — Congrès international de Moscou, 1897.
- Mlle KRATCHKOWSKA. — Nature médicatrice, th. de Genève, 1897.
- FÖCHIER. — Congrès de gynécologie de Marseille, 1898.
- SENN. — Thèse de Genève, 1898.
- BAUER. — *Virchow's Archiv*, 1899.
-

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS.....	5
CHAPITRE PREMIER. — Historique.....	9
CHAPITRE II. — Indications.....	20
» Contre-indications.....	23
CHAPITRE III. — Technique de la méthode.....	25
CHAPITRE IV. — Observations.....	37
CHAPITRE V. — Effets cliniques	111
CHAPITRE VI. — Mode d'action.....	119
CONCLUSIONS.....	139
BIBLIOGRAPHIE.....	143
